IRINA HOLDEVICI VALENTINA NEACȘU

CONSILIERE PSIHOLOGICĂ ȘI PSIHOTERAPIE ÎN SITUAȚIILE DE CRIZĂ

DUAL TECH

IRINA HOLDEVICI VALENTINA NEACȘU

CONSILIERE ȘI PSIHOTERAPIE ÎN SITUAȚII DE CRIZĂ

BUCUREȘTI, 2006

Scanned with OKEN Scanner

Editor: Ioan Albescu

Toate drepturile sunt rezervate. Reproducerea sau transmiterea,
chiar şi fragmentară, indiferent de formă sau mijloc,
este permisă numai cu acordul scris al editorului.

Scanned with OKEN Scanner

CUPRINS

Prefață 5
I. Consiliere psihologică și psihoterapie – tehnici de intervenție în situațiile de criză 7
II. Intervenția cognitiv-comportamentală în situații de criză 87
III. Grupul în situația de criză: consiliere și psihoterapie 104
IV. Psihoterapia cognitiv-comportamentală în cazul tulburării post-traumatice de stres 150
V. Terapia cognitiv-comportamentală la pacienții suicidari 183
VI. Consiliere și psihoterapie cognitiv-comportamentală în cazul crizelor produse de abuzul de substanțe psihoactive 195
VII. Intervenția psihoterapeutică cognitiv-comportamentală în cazul crizelor psihologice 207
VIII. Consilierea și terapia crizelor specifice vârstei înaintate 214
IX. Intervenția cognitiv-comportamentală în cazul crizelor pacienților cu afecțiuni somatice 225
X. Intervenția cognitiv-comportamentală în cazul victimelor abuzurilor sexuale suferite în copilărie 243
XI. Cuplul și familia în criză 288
Bibliografie selectivă 334

Scanned with OKEN Scanner

Cuvânt înainte

Lucrarea „Consiliere și psihoterapie în situații de criză" își propune să prezinte o serie de tehnici de consiliere și psihoterapie scurtă, centrate nu numai pe reducerea unor simptome psihice și psihosomatice, ci și pe diminuarea consecințelor nedorite produse de situațiile de criză.

Ritmul alert de viață, concurența, bombardamentul informațional, transformările rapide în plan socio-economic, dar și amenințările teroriste, confruntările armate, calamitățile naturale, accentuarea poluării sau deteriorarea stării de sănătate, pot declanșa adesea crize de mare intensitate care solicită mecanisme adaptative complexe.

În viața fiecărui om pot exista momente când se simte dezorientat, înspăimântat, deprimat sau neajutorat.

De multe ori, această stare este echivalentă cu scăderea randamentului în activitate, probleme în familie, la locul de muncă sau tulburări neuropsihice sau psihosomatice. Aceasta nu înseamnă că avem de-a face cu o boală psihică, ci doar cu o situație de criză ce poate fi depășită de multe ori doar cu ajutor psihologic, fără medicamente. A lăsa să se permanentizeze o astfel de stare poate duce la fixarea unor modele de comportament dezadaptativ, situație în care intervențiile viitoare vor fi mai dificile și de durată mai lungă.

Sunt prezentate metode și tehnici de consiliere și psihoterapie individuală și de grup pentru: tulburările post-traumatice de stres, crizele produse de abuzul de substanțe psihoactive, cele specifice copiilor și adolescenților, crize specifice produse de afecțiuni somatice sau pentru cele specifice vârstei înaintate.

Este abordată și problematica pacienților suicidari, dar și cea a crizelor prin care pot trece cuplurile și familiile.

Sunt prezentate o serie de modele practice de consiliere și intervenție terapeutică, solid fundamentate teoretic, orientarea fundamentală fiind una de tip eclectic, accentul fiind pus pe strategiile cognitiv-comportamentale.

Fiecare consilier sau terapeut poate porni de la aceste modele și studii de caz pentru a-și dezvolta un stil personal de lucru.

Lucrarea se adresează psihologilor (consilieri sau psihoterapeuți), medicilor și studenților care se pregătesc să devină specialiști în aceste domenii, dar și publicului larg interesat să beneficieze de astfel de servicii pentru a-și rezolva problemele sau pentru a-și optimiza comportamentul când se confruntă cu situațiile de stres.

Autorii

Scanned with OKEN Scanner

I. Consiliere psihologică şi psihoterapie – tehnici de intervenţie în situaţiile de criză

Societatea contemporană, în special în ţara noastră, implică o serie de transformări extrem de rapide, mult mai intense decât în orice altă perioadă a evoluţiei sociale. Aceste transformări solicită adaptări la fel de rapide, care sunt cu atât mai dificil de realizat cu cât mecanismele de adaptare ale individului sunt mai puţin dezvoltate.

Lucrarea de faţă vizează exact aceste probleme – medierea formării unor mecanisme de adaptare cât mai generale şi transferabile în diverse situaţii, atât în viaţa socială, cât şi în cea profesională, o raportare cât mai adecvată la mediul social şi la sarcina de muncă.

Stresul este un element omniprezent în cadrul societăţii contemporane datorită necesităţilor de adaptare permanentă la o lume în permanentă schimbare şi transformare. Stresul apare atunci când individul trebuie să facă faţă unor cerinţe care depăşesc posibilităţile sale de moment.

Pe lângă toate condiţiile obiective, care ţin de mediul exterior, pot apărea şi condiţii subiective, care ţin de individ. Dacă acesta nu se raportează în mod corect la realitate, vor apărea atitudini şi comportamente inadecvate care vor sccentua stressul şi implicit disconfortul persoanei. Intrăm astfel într-un cerc vicios în care condiţiile exterioare determină formarea unei atitudini negative care va conduce la perceperea distorsionată a realităţii şi generarea unor răspunsuri neadaptate necesităţilor, influenţând bineînţeles şi planul profesional.

Datorită acestor condiţii, consilierea capătă un rol important în societate, nu numai în cazul unor situaţii de criză ci şi pentru optimizarea personală. Printre ariile sale de aplicabilitate, R. Nelson-Jones (1991) enumeră: adaptarea tineretului, depăşirea reacţiilor de doliu, sfera religioasă, decizia avort/sarcină, orientarea sexualităţii, homosexualitate versus bisexualitate, problematica femeilor, adaptarea la alte culturi.

Este importantă dezvoltarea capacităţii de a alege, prin evaluarea în mod corect a situaţiilor şi prin asumarea responsabilităţii alegerii cu posibilele consecinţe bune sau rele, şi înlocuirea stilului impulsiv cu unul reflexiv.

Scanned with OKEN Scanner

Oancea (2002) subliniază faptul că „dezvoltarea societății moderne post-industriale după modelul economiei de piață impune și o extindere a activității de consiliere ca mijloc de creștere a competenței sociale. Este de așteptat ca aceasta să fie utilizată în viitor de manageri și de componenții unor grupuri profesionale, tehnicile moderne de consiliere fiind apte să le mărească eficiența și să reducă substanțial frustrările inerente unei activități colective".

Consilierea are ca obiectiv creșterea calității vieții și diminuarea reacțiilor negative generate de stres prin măsuri conjugate, de raspândire și dezvoltare a tehnicilor de relaxare, de reorganizare a vieții personale și profesionale în direcția eficienței, acceptarea nevoilor proprii, desfășurarea unei activități fizice intense, supravegherea atentă a sănătății și a regimului alimentar etc. Aceste principii existențiale, cu un deosebit potențial protectiv și sanogenetic, trebuie extinse și în țara noastră cu atât mai mult cu cât în ultima perioadă s-a înregistrat o creștere abruptă și neîntreruptă a tulburărilor asociate stresului și diferitelor situații de criză personală și profesională. Toate aceste elemente sunt determinate de stilul de viață autohton, în care suferința legată de lipsurile materiale este amplificată de alte elemente care ar putea fi contracarate prin organizarea mai echilibrată a existenței, ceea ce presupune dezvoltarea de deprinderi și abilități din domenii aparent diverse, cum ar fi: managementul, stabilirea priorităților, luarea deciziilor, introducerea gândirii pozitive, a relaxării și multe altele.

De aceea în prezent un număr tot mai mare de psihologi se ocupă de elaborarea unor strategii psihologice care să contribuie la sănătatea mintală a oamenilor, să îmbunătățească ceea ce numim calitatea vieții umane. Se pun la punct tot mai multe programe de sănătate mintală, accentul deplasându-se de la psihoterapie la consilierea psihologică. Larson (1984) arată că această orientare este ilustrată de un vechi proverb chinez: „Dacă dai unui om un pește, îi asiguri o masă, dacă-l înveți să pescuiască el va putea să-și procure hrană pentru tot restul vieții".

Acest proverb reprezintă esența programelor care presupun învățarea unor deprinderi de a face față problemelor vieții. Aceste deprinderi îi ajută pe oameni să-și conducă mai bine propria viață și să-i sprijine pe ceilalți mai eficient.

În 1964, Hobbs vorbea de cea de-a treia revoluție în domeniul sănătății mintale, revoluție caracterizată prin deplasarea accentului de la problemele clinice spre cele legate de sănătatea mintală și educarea populației în această direcție, de la strategiile reparatorii (psihoterapie, chimioterapie), spre cele preventive, menite să-i înarmeze pe oameni cu deprinderi care să le garanteze sănătatea psihică și abilitatea de a face față stresului. Programele de formare a deprinderilor de sănătate mintală variază de la cele realizate pe casete audio și video, manuale și instrucțiuni referitoare până la grupuri de antrenare a unor abilități sociale. Astfel, principiile psihologice se transformă în deprinderi de viață de a face față stresului, care se pot învăța. Însușirea acestor deprinderi de viață a constituit subiectul unor numeroase programe de cercetare în S.U.A. și Canada.

Scanned with OKEN Scanner

Atenția cercetătorilor fată de acest gen de probleme a izvorât din necesitatea de a găsi soluții la criza morală și alienarea de care suferă mulți oameni din societățile de consum.

Rogers vorbește despre „revoluția liniștită" prin care înțelege că tot mai mulți oameni au tendința de a-și lua viața în propriile mâini, de a-și controla corpul și mintea, de a-și rezolva propriile probleme.

Toate persoanele care au încercat să-i ajute pe alții au încercat la un moment dat să formuleze o definiție a consilierii. O prima încercare definește consilierea ca a „da un aviz, a da un sfat, a face recomandari. Această definiție rămâne însă destul de incompletă.

Wallis (1978) citat în Nurse G.(1978) consideră consilierea „un dialog în care o persoană ajută pe alta care are dificultăți semnificative".

Inskipp și Johns (1984) dau o definiție mult mai amănunțită, conform căreia „consilierea este o cale de a se relaționa și de a răspunde unei alte persoane, astfel încât aceasta este ajutată să-și exploreze gândurile, emoțiile și comportamentul ca să câștige o înțelegere de sine mai clară și apoi învață să găsească și să utilizeze propriile sale resurse, pentru a se putea confrunta cu viața cât mai eficient, luând decizii adecvate sau acționând corespunzător".

Definiția Asociației Britanice de Consiliere (1989) este, probabil, cea mai completă: „consilierea este utilizarea cu abilitate și principialitate a relației pentru a favoriza cunoașterea de sine, autoacceptarea emoțională, maturizarea și dezvoltarea optimală a resurselor profesionale. Întotdeauna scopul său este de a oferi ocazia de a lucra, a trăi cât mai satisfăcător și cu utilizarea cât mai completă a propriilor resurse".

Relația de consiliere poate să varieze în raport cu scopurile sale. Ea poate să fie îndreptată către dezvoltare-maturizare, luarea deciziilor, rezolvarea unor probleme specifice, confruntarea cu crizele, dezvoltarea autoînțelegerii și a cunoștințelor, rezolvarea conflictelor interioare sau/și îmbunătățirea relațiilor cu alții. Consilierului îi revine rolul de a stimula eforturile clientului. În același timp sunt respectate valorile acestuia, resursele personale și capacitatea sa de autodeterminare.

Consilierea se adresează persoanei cu probleme, posibil cu tulburări care îi pot perturba modul de reacție, mijloacele de comunicare și posibilitățile adaptative. Consilierea abordează individul din perspectiva modelului psihologic și este adresată persoanei vizând parțial și rolurile sociale. În ultimii ani în consiliere a început să se țină seamă de boli și de efectele lor și astfel s-au creat pachete de măsuri adresate pacienților cu anumite afecțiuni, cum ar fi schizofrenia și depresiile, ceea ce ușurează mult abordarea (OMS, 1996). Un exemplu îl constituie terapia cognitiv-comportamentală a familiei, dezvoltată de Falloon și colab. (1988) și adresată rudelor suferinzilor de schizofrenie. Avantajul pe care îl prezintă o astfel de abordare este de necontestat, pachetul respectiv încercând să răspundă disfuncționalităților create de afecțiunile subiecților, dar și reacțiilor secundare ale grupului.

Scanned with OKEN Scanner

32 de experţi americani au fost întrebaţi cum prevăd viitorul psihoterapiei. Răspunsul unanim a fost „creşterea interesului pentru autodeterminare în psihoterapie", ceea ce înseamnă creşterea popularităţii metodelor de „automodificare", a grupurilor de autoajutorare, a procedeelor de autoreglare (însuşirea unor deprinderi de comunicare, de modificare a comportamentului, de decondiţionare biofeedback, relaxare, imaginaţie dirijată etc.).

Deci în cadrul acestui demers clientul trebuie să înveţe să stea pe propriile lui picioare şi este responsabil de propria însănătoşire, iar psihoterapeutul sau consilierul este un fel de profesor care îl învaţă ce trebuie să facă pentru a-şi dobândi, păstra sau îmbunătăţi sănătatea mentală.

După datele Institutului Naţional de Sănătate Mintală din S.U.A. 15% (32 milioane) din populaţie suferă de tulburări psihice serioase şi doar 3% (6,5 milioane de oameni) primesc ajutor din partea unor cabinete specializate.

În aceste condiţii accentul trebuie să cadă pe procedeele de prevenire a bolilor psihice şi pe autoreglare. Această orientare este valabilă îndeosebi pentru ţara noastră unde numărul psihoterapeuţilor este mai limitat.

Orientarea către deprinderile psihologice vizează trei elemente:

1. Identificarea unor deprinderi de psihoprofilaxie.
2. Utilizarea unor metode sistematice pentru a-i învăţa pe subiecţi astfel de tehnici.
3. Punerea la punct a unor programe de psihoprofilaxie.

Facilitatea şi eficienţa deprinderilor psihologice preventive le fac accesibile unei largi categorii de clienţi şi educatori.

În accepţiunea acestei orientări deprinderea psihologică este definită ca o capacitate, o competenţă necesară pentru o existenţă eficientă. Aceste deprinderi sunt modalităţile comportamentale operaţionale, repetabile, antrenabile şi produc un număr determinat de efecte previzibile.

Kaye (1979) extinde termenul de deprindere psihologică la sfera personalităţii afirmând că într-o anumită măsură noi învăţăm diferite deprinderi de a ne comporta corespunzător cu diferite persoane, pentru a face faţă unor situaţii sociale diferite pe care le întâlnim în viaţă. În acelaşi timp există similitudini în comportamentul unei persoane într-o varietate de situaţii şi în interacţiunea cu indivizi diferiţi. Astfel, personalitatea poate fi privită ca reprezentând modalitatea de a transfera aceste deprinderi de comportament din cadrul structurilor sociale unde s-au format (familie, şcoală) la noi situaţii sociale.

Învăţarea unei deprinderi noi, care poate fi cea de a asculta activ, de a dansa, de a administra banii, de autoformare sau de concentrare asupra unor experienţe psihice, implică însuşirea unor subsisteme, care, organizate ierarhic, formează deprinderea de viaţă.

Pe măsura trecerii timpului şi o dată cu exersarea, aceste deprinderi comportamentale capătă un caracter tot mai automatizat, permiţând persoanei să-şi concentreze atenţia asupra unor strategii de nivel superior pentru autorealizare.

Scanned with OKEN Scanner

Clienții își însușesc deprinderile de a face față situațiilor psihosociale *(psychosocial coping skills)* iar terapeuții – deprinderi de ajutorare interpersonală *(interpersonal helping skills).*

Deprinderile de a face față situațiilor psihosociale

Egan, Adkin și Gazda *(cit. Larson, 1984)* au pus la punct un repertoriu larg de educare a așa-numitelor „deprinderi de viață" *(life skills)*; învățarea lor constituie atât o formă de psihoterapie, cât și un model de psihoprofilaxie. Problemele de viață cum ar fi rezolvarea unor sarcini, a unor crize existențiale, aprofundarea relațiilor interumane etc. sunt conceptualizate sub forma unor modele comportamentale ce pot fi învățate, ca de pildă deprinderea de a gospodări banii, de a planifica activitatea, de ascultare activă a partenerului, de conversație, de autoafirmare, de concentrare a atenției asupra datelor experienței, de relaxare, de a găsi un loc de muncă, de rezolvare a unor probleme de viață, de a soluționa conflicte etc.

Deprinderile de ajutor interpersonal

Aceste programe sunt destinate terapeuților și altor categorii de persoane care doresc să ajute oamenii pentru a le mări propria eficiență în calitate de susținători ai celorlalți. Ele cuprind, de pildă, deprinderi de sfătuire, de răspuns activ, de interpretare a celor spuse de pacient, deprinderi de interogare, de tăcere, de adoptare a unei atitudini încărcate de căldură afectivă. Acestea nu sunt altceva decât „ingrediente" ale psihoterapiei.

Metodele de antrenare a acestor deprinderi psihologice de viață au la bază modele oferite de teoria învățării cât și de psihologia clinică. Ele se caracterizează prin:

1) Participarea activă a clientului sau a celui care este instruit (psiholog, profesor, asistentă medicală) în procesul învățării.

2) Presupun acordarea unei atenții deosebite conceptualizării și formalizării unor comportamente specifice (interioare și exterioare) stăpânirii și fixării acestor comportamente.

Caracteristicile programelor sunt următoarele:

- se bazează pe respectarea principiilor învățării: modelare, observare, discriminare, întărire și generalizare etc.;
- cuprind elemente didactice și elemente experiențiale;
- sunt bine structurate;
- obiectivele sunt clare și precise;
- sunt înregistrate riguros și se transmit sub formă de feed-back-uri.

În cadrul acestei orientări psihoterapeutul devine mai mult un profesor decât un medic, problemele clientului fiind abordate mai degrabă ca niște comportamente

Scanned with OKEN Scanner

dezadaptative decât ca simptome (orientare behavioristă), pacienții fiind considerați capabili să-și direcționeze propriul proces de învățare și nu să primească în mod pasiv tratamentul.

De fapt, încă cu mult timp în urmă, psihoterapeuții (mai ales cei de orientare comportamentalistă) au considerat psihoterapia ca pe un proces de învățare (învățarea afectivă, cognitivă, condiționare operantă, identificarea, modelarea, luarea deciziilor sunt procese ce se includ în multe sisteme de psihoterapie) (Korchin și Sands, 1982).

Această considerare a terapeutului ca profesor și a pacientului ca discipol reprezintă „modelul psihoeducațional" în psihoterapie și consiliere. Astfel, secvența anormalitate (boală psihică) → diagnoză → prescriere → terapie → vindecare, devine:

Insatisfacția sau ambiția clientului	→	stabilirea unor scopuri viață	→	însușirea unor deprinderi de scopului	→	satisfacție sau atingerea

După Guerney et al. (1971), psihologul clinician care urmează un model educațional nu se ocupă de tratarea nevrozelor sau simptomelor, ci de învățarea clientului cum să-și modifice atitudinile față de sine și față de ceilalți și cum să dobândească abilitatea de a le folosi în mod eficient pentru adaptarea în societate.

Se pornește de la premisa că fiecare subiect (pacient) are în el însuși o serie de disponibilități latente, iar psihoterapeutul trebuie să fie suficient de abil pentru a-l ajuta să aducă la lumină aceste disponibilități, înlăturând obstacolele care stau în calea autorealizării persoanei.

Sarcina terapeutului nu se mai limitează la interpretări de simptome, reflecții, suport, ci se extinde asupra învățării pacientului să dezvolte un comportament dezirabil. Potrivit modelului psihoeducațional în psihoterapie, pacientului îi lipsește ceva ce poate să i se ofere prin intermediul unui program de antrenament. Ceea ce lipsește pacientului sunt competențele de a face față dificultăților vieții.

O altă caracteristică a modelului psihoeducațional constă în aceea că privind problemele pacientului mai curând ca deficite de competență decât ca simptome, se stimulează participarea activă a acestuia la rezolvarea propriilor sale probleme.

Dacă își va considera problemele ca fiind semne de boală psihică, pacientul se va simți mai puțin în stare să-și rezolve dificultățile, să se ajute singur (Danish și Smyer, 1981).

Abordând problemele clientului ca deprinderi deficitare și dându-i acestuia instrumentul de a corecta respectivele deficite, psihoeducatorul îl ajută să-și asume răspunderea pentru propriul tratament și prin extindere a propriei sale vieți. De pildă, un client care a învățat niște strategii de rezolvare a unor probleme de viață devine mai capabil să rezolve problemele proprii apărute în diverse situații decât un client care a rezolvat o singură problemă cu un psihoterapeut.

Scanned with OKEN Scanner

Cheia succesului acestei abordări psihoterapeutice educaționale constă în aceea că se acordă respect clientului, capacității acestuia de a-și propune scopuri și de a le atinge.

Unele din programele de învățare a deprinderilor psihologice de viață pot fi însușite și de alte persoane decât psihoterapeuți specializați: profesori, părinți, asistente sociale etc.

Prevenirea trebuie să devină obiectivul major al eforturilor serviciilor de sănătate mintală și în acest sens învățarea deprinderilor psihologice de a face față cerințelor vieții reprezintă un mare pas înainte (Albee, 1982).

Clack (1975) scria că această abordare tinde să întărească autodeterminarea individului. Dacă oamenii pot fi învățați să ia decizii în mod independent, să se bazeze în primul rând pe ei înșiși, ne vom îndrepta spre ceea ce putem numi o societate psihosuficientă.

Pentru a ilustra orientarea psihoeducațională în psihoterapie vom prezenta antrenamentul deprinderilor multiple al lui Gazda (1984).

Conform acestui model, de îndată ce deficiențele, cât și deprinderile care trebuie să stea la baza depășirii lor sunt identificate, clientul intră într-unul sau mai multe grupuri în care aceste deprinderi de a face față stresului sunt învățate. Obiectivele diferitelor grupuri de antrenament sunt foarte diferite, ca de pildă: dezvoltarea deprinderilor de comunicare interpersonală, de menținere a formei fizice, de păstrare a sănătății, deprinderi de stabilire a unor obiective și scopuri de viață, deprinderi de alegerea partenerului, de stabilire a unor relații corespunzătoare în familie etc.

De regulă, persoanele care se adresează unor cabinete sau spitale de psihiatrie sunt rareori deficitare doar într-un singur domeniu al vieții, acestora lipsindu-le deprinderi corecte de viață în multe domenii.

Programul de antrenare a deprinderilor multiple a fost pus la punct în cadrul departamentului de psihiatrie al Centrului Medical al Veteranilor din Augusta, Georgia (S.U.A.).

Singurul criteriu după care sunt eliminați pacienții este prezența unor afecțiuni organice severe cât și absența contactului cu realitatea (schizofrenii deliranți, de pildă).

În prima etapă pacienții sunt supuși unor programe de testare pentru a se stabili ce tipuri de programe le sunt indicate; în cadrul interviului, pacienții sunt încurajați să vorbească despre problemele lor și apoi li se prezintă diverse programe de antrenament, ei fiind solicitați să-și asume responsabilitatea pentru alegerea unui program sau a altuia.

Grupurile de antrenare a deprinderilor de viață sunt următoarele:

1. Dezvoltarea deprinderilor de comunicare interpersonală.
2. Forma fizică. Menținerea unei bune stări de sănătate.
3. Deprinderi de stabilire a unor scopuri în viață.

Scanned with OKEN Scanner

4. Deprinderi de a rezolva problemele de viață.
5. Grup de sfaturi vocaționale.
6. Grup pentru formarea unor deprinderi de loisir.

În cadrul fiecărui grup tematic se pot face diverse opțiuni ca de pildă învățarea relaxării ca o subcomponentă a grupului pentru menținerea formei fizice, sau antrenamentul autoasertiv ca o subcomponentă a programului referitor la dezvoltarea deprinderilor de comunicare.

Fiecare program de dezvoltare a deprinderilor de viață durează aproximativ două ore pe zi, timp de 4-5 zile pe săptămână.

Programul în totalitate durează 2-3 săptămâni pe parcursul cărora se realizează frecvente evaluări ale progresului obținut, pe baza unor chestionare și scale de autoapreciere a trăirilor.

În elaborarea sistemului său psihoterapeutic și formativ, autorul a fost influențat de ideile lui Erick Erikson (1950; 1953), J. Havighurst (1953; 1992) și Super (1963). Acești autori sunt de părere că dezvoltarea normală se desfășoară de la simplu la complex, ea fiind logică, ordonată, previzibilă la diferite nivele de vârstă. Progresul de la o etapă de dezvoltare la alta a subiectului depinde de gradul de stăpânire a unor sarcini specifice respectivului nivel de dezvoltare. Pornind de la aceste studii, Gazda (1984) s-a gândit să pună în evidență și să sintetizeze deprinderile de viață corespunzătoare nivelului de dezvoltare al unui individ normal. Autorul este de părere că măsurile de psihoprofilaxie au efecte mai bune dacă deficiențele constatate la nivelul deprinderilor de viață pot fi formulate cu precizie. Aceste deprinderi de a face față cerințelor vieții se referă la aspectele psihosociale și vocaționale, la parametrii dezvoltării fizice și sexuale, la gradul de dezvoltare cognitivă, la nivelul de maturizare a conduitei morale, cât și la dezvoltarea psihoafectivă și la maturizarea ego-ului. Din analiza acestor direcții de dezvoltare a personalității pot fi extrase așa-zisele deprinderi de viață, care sunt direct legate de îndeplinirea cu succes a diverselor sarcini corespunzătoare vârstei și stadiului de dezvoltare în care se află individul. Eșecul în asimilarea unor deprinderi de viață corespunzătoare unui anumit nivel de evoluție poate genera „modele" comportamentale dezadaptative care se pot transforma în simptome.

La început Gazda (1984) a aplicat doar unele programe de dezvoltare a deprinderilor de comunicare, el convingându-se treptat că subiecții aflați în impas trebuie abordați din mai multe direcții, deoarece rareori o persoană are lacune în ceea ce privește deprinderile de viață doar într-un singur domeniu al existenței. Așa s-a născut modelul „antrenament de dezvoltare a deprinderilor multiple".

Oamenii ating nivelul optim de funcționare atunci când stăpânesc la nivel operațional deprinderile fundamentale de a face față cerințelor vieții. Nevrozele și tulburările funcționale apar din cauza dezvoltării deficitare a unor asemenea deprinderi. De regulă, subiecții sunt capabili să identifice, sub îndrumarea psihoterapeutului, zona în care deprinderile lor de viață sunt deficitare.

Scanned with OKEN Scanner

Deprinderile de viață corecte se pot învăța ușor în cadrul unor grupe mici de lucru – cu 6 până la 12 cursanți – procesul având ca bază teoretică un eclectism de tip empiric, în cadrul acestor grupuri subiecții exersează, sub forma jocului de rol, noi comportamente și primesc informații de tip feed-back de la ceilalți participanți. Se dau, de asemenea, sarcini pentru acasă, în ședința următoare subiecții relatând ce au făcut.

Etapele învățării unei deprinderi de comportament sunt următoarele (Gazda, 1984):

Etapa I – Antrenarea deprinderilor de viață specifice:

1. Prezentarea de tip didactic a motivelor care stau la baza unui comportament corect. Descrierea comportamentului respectiv.
2. Modelarea sau demonstrarea comportamentului sau răspunsului care se așteaptă de la subiect. Se arată cum se procedează.
3. Practicarea de către cursanți a deprinderii respective.
4. Aplicații ale noii deprinderi la viața cotidiană (temă pentru acasă).
5. Autoevaluarea și evaluarea de către membrii grupului a deprinderii nou formate – faza de feed-back.
6. Cursanții se asistă unii pe alții în exersarea deprinderii de viață.

Etapa a II-a – Asumarea rolului de coterapeut împreună cu un terapeut cu experiență (o pot face membrii echipei medicale, dar și cursanți care au parcurs toate etapele).

Etapa a III-a – Antrenarea unor grupuri cu supervizarea unui expert.

Etapa a IV-a – Asumarea rolului de terapeut independent.

Etapele II-IV se referă la progresul unui subiect de la statutul de cursant la cel de antrenor-terapeut.

Această abordare psihoterapeutică este foarte bine exprimată de Brown (1980) care spunea că multe probleme pe care le considerăm ca făcând parte din sfera comportamentului anormal sau a „tulburărilor emoționale" pot fi privite ca fiind comportamente ineficiente cu consecințe dezadaptative, când subiectul nu este capabil să rezolve anumite situații de viață și în încercările sale nereușite de a le rezolva se produc efecte nefavorabile care au drept consecință anxietatea, depresia și apariția unor probleme.

O abordare terapeutică asemănătoare găsim în sistemul lui Lazarus (1975) denumit „Terapie comportamentală multimodală", pe care autorul său o definește ca pe un proces sistematic de rezolvare de probleme „care are drept obiectiv examinarea și, dacă este necesar, remedierea unor răspunsuri dezadaptative vizând șase direcții separate, dar aflate în interacțiune: comportamentul, viața afectivă, sensibilitatea, imaginația, cogniția și domeniul relațiilor interpersonale."

Modelul oferit de Gazda este nu numai psihoterapeutic, ci și preventiv, elemente ale acestuia putând fi aplicate în scop psihoprofilactic în cadrul unor programe educaționale școlare.

Scanned with OKEN Scanner

Orientarea psihoeducațională în formarea terapeuților și consilierilor

Ilustrativ este modelul „dezvoltării resurselor umane" care a fost conceput de Carkhuff la începutul anilor '60, el fiind apoi introdus în majoritatea programelor de dezvoltare a deprinderilor de a-i ajuta pe alții, a deprinderilor de a deveni educatori și terapeuți eficienți (Cash, 1984).

Alte programe sistematice de dezvoltare a relațiilor interumane au fost elaborate de Truaux și Carkhuff (1967).

Autorii acestora și-au pus problema care ar fi aspectele relației interpersonale, pacient – psihoterapeut, menite să conducă în mod efectiv la modificări semnificative ale comportamentului.

Carkhuff și Truaux (1967) s-au oprit mai ales asupra aspectelor esențiale ale relației de ajutorare a celuilalt, subliniate de Rogers și anume înțelegerea empatică, abordarea pozitivă necondiționată a pacientului și autenticitatea relației cu acesta. Cercetările ulterioare au adăugat la aceste condiții și concretețea, oportunitatea și caracterul direct al relației psihoterapeutice (Carkhuff, 1969 a; 1969 b). Cu timpul, în programele de formare a psihoterapeuților a fost inclusă și abilitatea de a rezolva probleme de viață.

În anul 1974 programul de dezvoltare a relațiilor interpersonale pacient – psihoterapeut a fost pus la punct sub aspectul conceptual și este prezentat schematic astfel:

Condiții facilitatoare		Condiții de acționare eficientă
Empatie Respect	Autenticitate Concretitudine Auto-dezvăluire	Caracter oportun Confruntare

Fazele acordării ajutorului

Terapeutul (cel care oferă ajutorul)	Fază preliminară de acordare a ajutorului (Ascultare, Observare, Așteptare)	I) Răspuns	II) Personalizare	III) Inițiere
			– Definirea problemei pacientului, a cauzelor și a deficiențelor care o generează – Reacții la noi sentimente – Identificarea unor scopuri personale	+ Rezolvare de probleme + Program de dezvoltare
Pacientul (clientul) (cel care este ajutat)	Etapele învățării =	Auto-explorare	Înțelegere	Acțiune

Scanned with OKEN Scanner

Un avantaj al acestui model îl constituie faptul că definirea operațională și formalizarea însușirii deprinderilor de a ajuta pe alții îi înarmează pe cei care doresc să ajute cu o strategie cognitivă care poate fi utilizată în cadrul relației interpersonale pacient – terapeut.

Un alt avantaj al modelului de dezvoltare a resurselor umane constă în aceea că permite unor psihoterapeuți sau consilieri de orientări diferite să-și plaseze metodele personale de a ajuta în cadrul modelului descris mai sus.

Programul propriu-zis de formare a deprinderilor de a ajuta pe alții cuprinde 45 de ore în cadrul cărora se predau și se exersează așa-numitele *helping-skills.*

Consiliere versus terapie

Diferențele între terapie și consiliere păreau foarte clare, cel puțin în urma cu 20 de ani. În 1978, M. Tyler considera că, în timp ce psihoterapia este o reflexie a dominării conceptuale necondiționate a psihanalizei și are drept ambiție schimbarea personalității, consilierea are ca scop utilizarea mai bună a resurselor persoanei. În timp ce psihoterapia s-ar baza mai mult pe dezvăluire și autoînțelegere, ca fundament al schimbării, fiind destinată în principal persoanelor bolnave, consilierea se sprijină pe relația terapeutică și este destinată celor sănătoși sau mai puțin perturbați psihic. În această accepțiune consilierea se apropie însă foarte mult de psihoterapiile scurte.

După C. Oancea (2002) în prezent în însăși terapeutica psihiatrică s-au produs importante reorientări, o dată cu creșterea eficacității sale, datorate în principal progreselor psihofarmacologiei. Ca urmare a unui număr important de remisiuni sau de reușite ale tratamentului, au apărut persoanele vulnerabile, cu sau fără simptome și care, ca și familiile lor, au nevoie de un sprijin existențial, de orientarea sau reorientarea vieții și a modelului lor relațional. Mulți dintre cei care până mai ieri erau inabordabili, au astăzi o mare nevoie să se înțeleagă pe ei și pe cei din jur și în acest domeniu, consilierea este de neînlocuit ca metodă ce poate determina schimbări ale stilului de viață.

De asemenea, o serie de limite ale psihoterapiei analitice (în special cea legată de desfășurarea în timp îndelungat a acesteia) a atras după sine dezvoltarea unor alternative, mai limitate, mai pragmatice, cu obiective imediate, concrete, care permit îmbunătățirea imaginii de sine și a funcționării individului. Abordările cognitiv-comportamentale sunt exemple tipice ale acestor noi orientări. Astfel de abordări vizează reconstrucția persoanei, bazată pe o viziune către înainte, către viitor.

În prezent apare o apropiere substanțială între *psihoterapia scurtă și consiliere.* Psihoterapiile scurte au câteva principii comune cu cele ale consilierii care se referă în principal la durata scurtă și obiectivele limitate, cu concentrarea asupra unei problematici bine definite. Astfel a apărut ideea de psihoterapie focală, definită de atenția selectivă acordată anumitor aspecte (D. Malan, 1976 și P. Sifneos, 1992), problematicii adaptative, conflictelor externe actuale, luarea în considerare a nevoi-

Scanned with OKEN Scanner

lor (L. Small, 1971), rolul activ al terapeutului care utilizează procedee de intervenţie, confruntare, interpretare, planificarea intervenţiei menită să crească eficacitatea, promovarea alianţei terapeutice prin transfer pozitiv; introducerea terapiei de criză.

Graniţele dintre cele două metode devin foarte dificil de stabilit dacă luăm în considerare nevoia de instrucţie a consilierului în ceea ce priveşte domeniul ataşamentului şi pierderii, a inconştientului şi presiunilor sale, a realităţii psihice interioare şi a obstacolelor interne.

Specificul consilierii ar putea fi definit de o anumită sistematizare a etapelor, o componentă psihopedagogică cu angajarea puternică pe când psihoterapiiile scurte vizează spaţiul dezvăluirii şi interpretării care permit autoînţelegere şi experienţă emoţională corectivă (F. Alexander, 1959).

Există în acest moment şi o serie de relaţii între consiliere şi psihoterapia suportivă. În accepţiunea largă, psihoterapia suportivă presupune o multitudine de metode care au drept scop comun sprijinirea şi susţinerea persoanei. Destinatarii sunt în mare parte alţii decât cei ai procesului de consiliere. Sunt persoane fragile, fracvent cu afecţiuni psihice, cu ego slab şi aparenţă distorsionată, inflexibilă, exagerată (Novalis şi colab. 1993), dezorganizate sau în pericol să se dezorganizeze psihotic. De aceea, este surprinzător că OMS-ul (1994, 1996) utiliza drept sinonimi termenul de psihoterapie suportivă şi pe cel de consiliere terapeutică în cazul intervenţiilor adresate acestei categorii de persoane, ceea ce ar sugera o suprapunere substanţială a celor două metode.

Deşi obiectivele sale se suprapun în mare măsură cu cele ale consilierii, diferenţierile sunt generate de orientarea fundamental protectivă şi de restaurare a echilibrului psihic al terapiei suportive care are doar un interes secundar pentru cerinţele adaptative (I. B. Iamandescu 1997). Astfel, D. S. Werman (1984) defineşte terapia suportivă drept o formă de tratament care oferă pacientului funcţiile psihologice care îi lipsesc sau pe care le posedă în grad insuficient. Este vorba despre o terapie adaptativă (E. Heim, 1980) care orientează persoana către acceptarea normelor sociale dominante, menirea sa fiind să întărească apărările, să mobilizeze resursele eului, ceea ce duce la îmbunătăţirea funcţionarii sociale, a abilităţilor de confruntare. Este o adaptare regresivă (N. Hartmann 1968), etapizată, care se bazează, cel puţin în primele etape, pe gratificaţii (M. M. Gill 1951) care întăresc activităţile Eului. Acceptarea necondiţionată, fără rezerve a pacientului ca fiinţă umană, distinctă, egală în drepturi (D. Stafford-Clark, 1980) reprezintă un principiu care îşi are originea în concepţiile lui C. Rogers. Strategiile de tip suportiv se regăsesc în intervenţiile de consiliere destinate celor aflaţi în criză, celor cu inclinaţii suicidare, dependenţilor de alcool şi droguri, celor aflaţi într-o dezadaptare socială accentuată, celor care suferă de afecţiuni psihosomatice şi altora, a căror caracteristică comună o reprezintă slăbiciunea psihică.

De asemenea psihoterapiile suportive sunt scurte. Nu se introduc termene rigide de încheiere a terapiei care ar putea determina presiuni excesive. Dimpotrivă,

Scanned with OKEN Scanner

pacientul este asigurat că poate reveni oricând după încheierea formală a curei psihoterapeutice, fapt care îl va securiza. Între terapia de tip suportiv și consiliere, se afla terapia reeducativă (L. Wollberg 1980) în care accentul cade pe învățarea unor noi abilități. Pacientul învață să-și utilizeze mai bine capacitățile și să sesizeze posibilitățile existente.

În concluzie putem considera consilierea ca fiind una dintre formele de psihoterapie. Consilierea apare ca una din metodele psihoterapice plasate undeva mai la începutul învățământului psihoterapeutic dar asta nu înseamnă că și-ar pierde din utilitate. B. Truaux și R. Carkhuff (1967) consideră că termenii de consiliere și psihoterapie au fost utilizați adesea unul în locul altuia, iar această aparentă confuzie se datorează obiectului comun: omul. Ambele se adresează anxietății, ambele insistă asupra valorificării clientului ca persoană care este ascultată cu empatie și respect.

Calitățile consilierului

În contextul oricărei orientări de psihoterapie sau consiliere, o problemă importantă care trebuie discutată este cea a calităților persoanei care intervine (fie în calitate de terapeut fie în calitate de consilier). Acesta este necesar să aibă o serie de abilități:

- Capacitatea dezvoltării unei conștiințe de sine care să îi permită explorarea propriei vulnerabilități în situații de criză și, în general, în intervenția terapeutică; identificarea cauzelor precise ale acestei vulnerabilități și găsirea unui stil propriu, adecvat de intervenție; relevarea pericolului datorat propriei vulnerabilități de a interveni prin decizii neprofesioniste și chiar periculoase.
- Capacitatea de a-și planifica intervenția, ceea ce va permite și flexibilitate în vederea adaptării la situația concretă.
- Conștiința faptului că fiecare element comunică ceva: îmbrăcămintea (consilierul își va planifica apariția arborând o vestimentație profesională), gesturile (care să nu fie exagerate și care să fie în concordanță cu mesajul transmis), limbajul (care trebuie să fie la nivelul de înțelegere al destinatarului și eventual să cuprindă expresii ale acestuia) etc.
- Empatia. Este o calitate foarte importantă a practicianului. Gradul de empatie poate fi verificat prin diferite chestionare (Segal, 1999) și poate fi educat în mare măsură. Empatia îi relevă consilierului lucruri și informații nespuse, îl face să simtă starea neexprimată în cuvinte a celui consiliat. Îl face capabil să comunice emoțional cu subiectul și eventual să descrie stările neexprimate ale acestuia.
- Capacitatea de a cunoaște toate resursele existente în comunitate (servicii de specialitate, gratuități, ajutoare materiale sau de medicamente, prevederi

Scanned with OKEN Scanner

legale care ar putea avantaja subiectul) și care ar putea fi mobilizate pentru soluționarea cazului;

- Capacitatea de a dezvolta o serie de mecanisme de adaptare: planificarea gesturilor, umor, gândire logică, amânarea reacțiilor, altruism.
- Creativitate, flexibilitate, ingeniozitate, capacitate de a conecta oameni, situații, inspirația și capacitatea de a crea serviciile absente în comunitate dar necesare.

Caracteristicile unui consilier eficient (Corey, 2001):

1. Are propria sa identitate. Acesta știe cine este el, ce poate să devină, ce dorește de la viață și poate realiza distincția între elementele esențiale și cele neesențiale.

2. Se respectă și se apreciază pe sine însuși bazându-se în demersul de acordare a ajutorului pe forța și sentimentul valorii personale.

3. Își recunoaște și își acceptă forța interioară, se simte adecvat în prezența celorlalți și le permite acestora să se manifeste ca persoane puternice.

4. Este deschis și receptiv la schimbare, capabil să renunțe la drumurile cunoscute și sigure pentru un demers de tip novator.

5. Este capabil să ia decizii și să-și asume responsabilități pentru sine și pentru ceilalți.

6. Este activ, dinamic, trăiește existența în mod plenar, opțiunile sale fiind bazate pe un sistem de valori în favoarea vieții.

7. Este o persoană autentică, sinceră și onestă, care nu se ascunde în spatele unor măști, nu joacă roluri impuse și nu declanșează mecanisme de tip defensiv.

8. Are simțul umorului, privește lucrurile în perspectivă și nu se teme să se amuze chiar pe seama propriilor sale deficiențe.

9. Are capacitatea de a-și recunoaște greșelile și de a-și asuma răspunderea pentru ele.

10. Trăiește predominant în prezent, fără a se agăța de trecut sau a se refugia în viitor.

11. Admite, apreciază și respectă diferențele culturale, sociale, de gen sau rasă.

12. Este sincer interesat de bunăstarea celorlalți, interes bazat pe respect, grijă, încredere și apreciere a acestora.

13. Este profund implicat în activitatea sa căreia îi găsește un sens profund; poate accepta recompensele derivate din aceasta, dar nu devine sclavul activității profesionale.

14. Este capabil să stabilească limite adecvate specifice unor relații interpersonale sănătoase; deși participă din plin la problemele clienților săi, nu se ocupă de ele în timpul liber este capabil să spune „nu", fapt ce îl ajută să ducă o existență echilibrată.

Scanned with OKEN Scanner

Tendințe actuale în consilierea psihologică și psihoterapie

Domeniul psihoterapiei cuprinde o gamă largă de școli terapeutice, bazate pe diverse sisteme teoretice și care includ o mutitudine de strategii specifice.

Prezentăm în continuare câteva orientări mai bine conturate și mai cunoscute:

Sistemul de psihoterapie	Concepția teoretică	Tehnicile de terapie utilizate
Terapiile de orientare psihodinamică (Sigmund Freud, Alfred Adler, Carl Justav Jung, neopsihanaliștii)	Ființa umană este determinată de energia psihică de natură inconștientă și de experiențele timpurii. Motivațiile și conflictele inconștiente joacă un rol însemnat în explicarea comportamentului actual. Dezvoltarea timpurie a personalității are o importanță crucială pentru că problemele de personalitate viitoare își au originile în conflictele reprimate din copilărie. Obiectivul terapiei constă în a aduce la nivelul conștiinței conținuturile inconștiente („insight") în vederea restructurării profunde a personalității.	Principalele tehnici utilizate sunt interpretările, asociațiile libere, analiza viselor, analiza rezistențelor și a transferului. Acestea au rolul de a-i ajuta pe clienți să aibă acces la conflictele de natură inconștientă, ceea ce produce „insight"-ul (iluminarea) și integrarea elementelor descoperite în structurile ego-ului.
Terapiile experiențiale Carl Rogers, Victor Frankl, Rollo May, Irvin Yaloom, Laura Perls	Consideră că ființa umană are posibilitatea de a deveni conștientă și liberă să-și hotărească propriul destin. Pun accentul pe capacitatea de autodeterminare a clientului, pe tendința lui firească spre sănătate și evoluție spirituală. Starea de sănătate mentală este privită ca o congruență dintre eul real și cel ideal. Terapia este focalizată asupra momentului prezent („aici și acum") și presupune trăirea experienței actuale și exprimarea sentimentelor.	Terapeutul împrumută tehnici și strategii din alte sisteme terapeutice, accentul fiind pus pe atitudinea nonevaluativă a terapeutului de înțelegere, empatie și respect față de client. Tehnicile specifice sunt ascultarea activă, reflecția, clarificarea și sprijinirea clientului să trăiască experiența imediată.

Scanned with OKEN Scanner

	Demersul terapeutic are menirea de a-i ajuta pe oameni să înţeleagă faptul că dispun de libertate interioară, să conştientizeze propriile posibilităţi, identificând factorii care îi blochează şi îi împiedică să deină personalităţi plenar dezvoltate, deschise, spontane şi creative.	
Terapiile comportamentale şi cognitiv-comportamentale Arnold Lazarus, Albert Bandura, Albert Ellis, Aron Beck.	Oamenii au tendinţa de a-şi forma un stil de gândire defectuos care generează tulburări în plan emoţional şi comportamente de tip dezadaptativ. Gândurile şi convingerile sunt responsabile de modul în care subiectul simte şi acţionează. Terapia este privită ca un demers de tip educaţional care presupune formarea şi exersarea unor deprinderi de comportament adecvat, învăţarea unor noi modalităţi de a gândi şi formarea unor abilităţi de a face faţă problemelor vieţii. Obiectivele terapiei constau în identificarea şi înlocuirea modelelor iraţionale de a gândi, înlăturarea comportamentelor problematice şi înlocuirea lor cu unele adaptative	Strategiile terapeutice utilizate sunt desensibilizarea sistematică, relaxarea, întărirea, modelarea, restructurarea cognitivă (prin intermediul dialogului socratic, al verificării gradului de veridicitate a gândurilor şi convingerilor iraţionale şi al înlocuirii lor cu unele realiste), sarcinile în plan comportamental, monitorizarea stărilor emoţionale şi a comportamentului şi dezvoltarea unor deprinderi de rezolvare de probleme şi de comunicare asertivă.
Terapiile sistemice de familie Salvador Minuchin, Jay Halley, Cloe Madanes	Familia este văzută într-o perspectivă sistemică, terapia focalizându-se asupra familiei ca un tot unitar. Comportamentul disfuncţional al unui client are drept cauză interacţiunile defectuoase din cadrul unor sisteme relaţionale din care face parte acesta. Demersul terapeutic are drept scop ajutarea membrilor familiei să conştientizeze modele disfuncţionale de interacţiune şi să le	Sunt utilizate o serie de tehnici terapeutice, în funcţie de orientarea teoretică a autorilor. Acestea pot fi de tip experienţial, cognitiv sau comportamental şi au drept obiectiv producerea schimbării la nivelul sistemului familial într-un timp scurt. Principalele tehnici sunt:

Scanned with OKEN Scanner

înlocuiască cu unele dezadaptative. Unele abordări se ocupă și de rezolvarea unor probleme specifice care au adus familia la psihoterapie.	trasare de te reetichetare, paradoxală, re. elaborarea „hărții" (diagramei) familiei, stabilirea unor limite etc.

Începând cu anii 1980 se constată o tendință de integrare și ecletism în domeniul consilierii și psihoterapiei.

Tot mai mulți autori preiau și combină între ele tehnici de diverse orientări, tehnici care și-au dovedit utilitatea în practică.

În 1983 a fost înființată în S.U.A. Asociația pentru Explorarea tendinței de integrare în psihoterapie (The Society for the Exploration of Psychoterapy Integration, Covey, 2001, p. 457).

Același autor este de părere că integrarea în domeniul consilierii psihologice și psihoterapiei reprezintă un demrs de selectare a conceptelor și metodelor aparținând diverselor școli de psihoterapie.

Pe baza unor cercetări, Norcross și Newman (1992) au ajuns la concluzia că între 30 și 50% dintre terapeuți și consilieri sunt de părere că maniera în care lucrează în practică are un caracter eclectic.

Deși abordarea eclectică prezintă numeroase avantaje, Goldfried și Safran (1986) atrag atenția asupra pericolului apariției unui număr prea mare de modele terapeutice eclectice între care ar putea apărea o competiție.

Un alt posibil efect negativ al eclectismului ar putea incapacitatea unor practicieni de a selecta corect intervențiile terapeutice, aceasta realizându-se la întâmplare, fără nici o bază teoretică, ceea ce ar conduce la un „sincretism cu caracter confuz" (Lazarus, Bentler și Norcross, 1992).

În sensul ei pozitiv, tendința spre integrare se caracterizează prin studierea atentă a mai multor cuente și școli terapeutice, pentru a identifica ce se poate învăța din ele în avantajul clientului.

Norcross și Newman (1992) au identificat mai multe motive care au condus la apariția tendinței integrative în psihoterapie:

- proliferarea sistemelor terapeutice;
- incapacitatea unei singure teorii de a răspunde tuturor problemelor pe care le ridică pacienții;
- realitățile socioe-conomice din diverse țări care impun restricții pentru acoperirea cheltuielilor pentru psihoterapie și consiliere de către casele de asigurări;
- creșterea interesului pentru terapiile de scurtă durată, centrate pe soluții și rezolvare de probleme;

Scanned with OKEN Scanner

- posibilitatea de a experimenta în plan ştiinţific eficienţa diferitelor tehnici de terapie;
- diferenţele între diverşi terapeuţi în ceea ce priveşte eficacitatea tehnicilor utilizate;
- recunoaşterea rolului factorilor comuni în succesul psihoterapiei;
- dezvoltarea unor asociaţii profesionale care îşi propun integrarea unor tehnici de psihoterapie.

Unul dintre motivele principale care stau la baza tendinţei integrative în psihoterapie constă în recunoaşterea faptului că nici o teorie psihologică nu este suficient de complexă pentru a explica în totalitate mecanismele comportamentului uman.

Acceptând faptul că fiecare sistem teoretic ce stă la baza practicii terapeutice are puncte tari şi limite, un terapeut care se doreşte eficient îşi va găsi acea cale care i se potriveşte mai bine.

O altă problemă care se ridică este aceea a eficienţei psihoterapiei.

Cercetările în acest domeniu au demarat la sfârşitul anilor 1950 şi începutul anilor 1960, acestea propunându-şi să clarifice în ce măsură se produc modificări în urma aplicării unui demers terapeutic şi care sunt mecanismele schimbării (Strupp, 1986; Vanden-Bos, 1986).

Studiile de evaluare au fost stimulate în vederea justificării eficienţei programelor.

Întrebarea-cheie la care se cerea un răspuns era „în ce măsură psihoterapia este utilă individului şi societăţii" (Strupp, 1986). Una dintre dificultăţile majore pe care le întâmpină cercetătorii din domeniul psihoterapiei constă în aceea că multitudinea de tehnici terapeutice este aplicată de practicieni cu particularităţi individuale dificil de evaluat.

Mai mult, rezultatele terapiei depind şi de motivaţia, structura personalităţii clienţilor sau de anumite evenimente neaşteptate din mediu care pot anula sau întârzia efectele terapiei.

Multitudinea variabilelor care intervin în cadrul acestor cercetări este foarte greu de controlat şi evaluat.

Cu toate acestea, majoritatea autorilor au ajuns la concluzia că psihoterapia, indiferent de tehnica aplicată, este mai eficientă decât absenţa unei intervenţii psihologice (Vanden Bos, 1986).

Smith et al (1980) au realizat o metaanaliză a literaturii de specialitate referitoare la rezultatele psihoterapiei şi au ajuns la concluzia că aceasta este foarte eficientă.

Mult mai dificilă s-a dovedit însă compararea diverselor sisteme terapeutice între ele, pentru că acestea îşi propun obiective diferite şi se potrivesc unor clienţi cu structuri de personalitate diferite.

Referitor la acest aspect, majoritatea studiilor au găsit relativ puţine diferenţe în ceea ce priveşte eficienţa între diverse sisteme terapeutice (Stiles, Shapiro şi

Scanned with OKEN Scanner

Elliot, 1986). Corey (2001) este de părere că pentru validarea unor abordări psihoterapeutice ar trebui avuți în vedere alți factori decât cei rezultați în urma unor cercetări riguroase de laborator.

Pe baza studiilor asupra eficienței unor abordări terapeutice eclectice, Lambert (1992) ajunge la următoarele concluzii:

1. Un mare număr de clienți nespitalizați își ameliorează starea și fără să urmeze un tratament psihoterapeutic standardizat. Acest lucru reprezintă un argument în favoarea abordărilor eclectice care pun un accent deosebit pe elementele de sprijin din mediul în care își desfășoară activitatea clientul.

2. Tratamentul psihologic în sine s-a dovedit util. Cu toate acestea nu există suficiente date care să ateste superioritatea unei școli terapeutice asupra alteia.

3. O serie de factori comuni mai multor sisteme terapetuice sunt responsabili pentru ameliorarea clienților.

Principalii factori care contribuie la eficiența psihoterapiei sunt:

- factorii de suport (căldura afectivă, empatia, respectul, acceptarea, feedback-urile, precum și alte variabile asociate cu relația pozitivă dintre client și terapeut);
- factori ce țin de procesul de învățare („insight"-ul, învățarea cognitivă, autoacceptarea etc.);
- factori acționali (expectațiile clientului cu privire la schimbare, confruntarea cu propriile probleme, testarea realității, modelarea, exersarea, procesarea terapeutică a problemelor etc.).

Studiile au evidențiat faptul că factori comuni joacă un rol mult mai important decât tehnicile specifice în facilitarea schimbării clientului.

4. Tehnicile specifice care și-au dovedit utilitatea pot fi utilizate cu succes în cazul problemelor specifice cu care se confruntă clienții. Paul (1967, cit. Corey, 2001, p. 487) este de părere că cercetările viitoare referitoare la eficiența psihoterapiei ar trebui să răspundă la întrebările „Ce tip de terapie realizată de către cine este mai eficientă pentru *acest subiect*, care prezintă *această problemă specifică în aceste condiții*".

Stiluri de consiliere – de la directiv la non-directiv

În lucrarea „Tehnici de sfătuire/consiliere", Oancea propune o clasificare a stilului terapeutului, care poate parcurge o gamă foarte largă de variații pe axa directiv versus non-directiv.

Stilul directiv este probabil cel mai mai vechi, originea sa plasându-se undeva în trecut, în sugestie și în psihoterapia rațională, care se doresc a fi realizate sub o conducere directivă. El a fost adoptat spontan de către medici și alte categorii de profesioniști, cum ar fi educatorii. Terapeutul este implicat în relația cu clientul și exprimă clar această poziție. El menține conducerea pe tot parcursul procesului terapeutic,

Scanned with OKEN Scanner

judecând el însuşi aspectele situaţiei ca şi soluţiile. Printre trăsăturile sale definitorii se numără: direcţionarea şi conducerea, evaluarea directă, interogarea, suprainterpretarea, neacceptarea trăirilor clientului, judecarea, etichetarea, blamarea, moralizarea, luarea alurii de patron, emiterea de sfaturi şi învăţarea clientului. Această conduită apare firească pentru anumiţi profesionişti, cum ar fi chirurgii, ea fiind tipică pentru persoanele pe care le interesează mai puţin consideraţiile psihologice.

Printre formele directive, stilul autoritar este cel mai frecvent utilizat de profesionişti (Heron, 1986). Este o poziţie de forţă. Ea se exprimă prin expresii ca „După opinia mea...", „Eu îţi spun că..." şi multe altele ce seamănă cu o directivă administrativă şi se înscriu mai mult în cadrul relaţiilor de forţă, şef/subaltern, părinte/copil, decât al celor de ajutor.

Poziţia autoritară implică ameninţarea printr-o persuasiune de tip coercitiv cu valenţe punitive. Aceasta presupune supunerea până la forma ei cea mai adâncă, denumită submisiune sau aservire, exprimată prin „Dacă nu...". Este tonul profesorului furios, al şefului exasperat, al părintelui care vrea să facă ordine. Reacţiile ascultătorilor pot oscila între refuz total şi ruptura pe faţă, deschisă, a relaţiei, şi refuz mascat cu aparenţa acceptării şi supunerii sau chiar de supunere mult peste cea solicitată. În societatea românească acest stil este în continuare foarte prezent şi are legătură cu istoria perioadei ce a precedat schimbarea regimului social şi politic realizată după anul 1989.

În categoria tehnicilor directive cu posibile nuanţe autoritare se înscriu şi intervenţiile prescriptive, confruntative precum şi informarea şi învăţarea (Burnard 1989).

Cele prescriptive oferă sfaturi şi indicaţii foarte precise, fără posibilităţi de abatere. Poziţia exactă, riguroasă a consilierului i-a atras şi pe profesorii care şi-au imaginat şi un sistem de învăţământ prescriptiv care să acopere ariile disfuncţionale ale elevilor (G. Gearheart 1973).

În cazul intervenţiilor confruntative, accentul cade asupra combaterii opiniilor clientului, prin provocarea de discuţii contradictorii de către terapeut. Aceasta ascunde intenţia de a schimba atitudinile şi convingerile clientului direct şi imediat, prin înfruntare. Deşi tehnica este pretenţioasă, „confruntarea fierbinte" poate fi necesară pentru a obţine modificarea unor conduite periculoase, mai ales în cazul psihopatiilor.

Intervenţiile de tip informare şi învăţare presupun împărtăşirea de informaţii şi instruirea. Acestea sunt componente inerente ale unor procese terapeutice care nu pot fi categorisite drept nefavorabile clientului. Ele acoperă latura psihopedagogică, reluată astazi în aria multor afecţiuni psihiatrice şi medicale.

Stilul non-directiv. Conduita directivă pură, bine structurată şi oarecum rigidă, poate fi completată prin atitudini mai aproape de neutralitate, lipsite de direcţionarea clientului (non-directive). Ele au fost denumite facilitatorii sau de sprijin (Heron 1976). Mai semnificative sunt cele catharctice, catalitice şi suportive.

Scanned with OKEN Scanner

Atitudinile catharctice favorizează eliberarea tensiunilor devenite insuportabile prin lacrimi, țipete, agitație. Atitudinea permisivă a terapeutului este elementul fundamental ce creează premisele descărcărilor emoționale catharctice. Deși descărcările catharctice pot părea dizgrațioase și neinteligibile, mai ales dacă se produc la persoane cu aparentă stăpânire de sine, echilibrate, care au, în general, o ținută decentă, catharsisul este considerat a avea o mare valoare terapeutică, mai ales dacă este în oarecare contradicție cu stilul de conduită obișnuit al persoanei respective.

În cazul atitudinilor catalitice starea actuală a clientului este definită prin reflecții asemănătoare cu cele folosite în tehnicile analitice din care provin. Ele permit aprofundarea autoanalizei și, câteodată, pot fi completate cu întrebări.

În cazul atitudinilor suportive, accentul cade asupra suportului emoțional, a confirmării valorii persoanei respective, a corectitudii poziției sale.

Metodele non-directive urmează o linie strictă de asistare a clientului, căruia îi permit să-și retrăiască trecutul și, într-o oarecare măsură, prezentul. O anumită contradicție între a consilia, a nu te implica și oferta de sprijin emoțional a fost depășită de doctrina umanistă a lui C. R. Rogers, potrivit căreia angajarea emoțională în cadrul relației empatice devine o etapă premergătoare oricărui alt tip de intervenție.

Un element deosebit de important pentru succesul consilierii îl reprezintă alegerea stilului pe această axă directiv-nondirectiv. Menținerea strictă în cadrul unei singure linii de conduită în toate cazurile și pe tot parcursul procesului terapeutic poate fi ineficientă. În situațiile reale, cazurile apar sub multiple forme și nu pot fi încadrate sau abordate numai într-un anumit stil sau explicate, încadrate într-o singură doctrină psihoterapeutică, ceea ce impune flexibilitate și un adevărat arsenal de tehnici la dispoziția terapeutului, care o va găsi, cu timpul, pe cea mai potrivită. De aceea în acest moment sunt din ce în ce mai răspândite stilurile eclectice care presupun abordări diferite, în situații diferite și pentru persoane diferite.

Adoptarea stilului dominant depinde de personalitatea terapeutului sau consilierului și de tipul de formare de care a beneficiat. Asimilarea unui stil profesional de relaționare ajunge la o asemenea profunzime încât terapeutul nici nu-l mai sesizează, el intrând în subconștient. De aceea, un prim pas pentru orice eventuală perfecționare impune dezvoltarea autoconștientizării *(self-awareness)* dublată de autosupraveghere care va permite adaptarea adecvată la relația Eu-Tu.

Abordarea comportamentală în psihoterapie și consilierea psihologică

Terapia comportamentală include o serie de tehnici orientate spre obiectivul de a-i determina pe oameni să-și modifice comportamentul. Multe dintre tehnicile

Scanned with OKEN Scanner

mai recente includ și strategii cognitive care au condus la apariția orientării cognitiv-comportamentale în consiliere și psihoterapie.

Orientarea comportamentală s-a structurat în perioada anilor 1950-1960 ca o reacție la perspectiva psihanalitică dominantă până atunci și a apărut aproape simultan în Statele Unite, Marea Britanie și Africa de Sud (Corey, 2001, p. 256). În ciuda opoziției și a criticilor formulate de psihanaliști, noua orientare terapeutică a supraviețuit, ceea ce demonstrează faptul că metodele de condiționare erau eficiente în modificarea comportamentului, constituind o alternativă la terapia tradițională.

În anul 1960 Albert Bendera a dezvoltat teoria învățării sociale care combina tehnicile condiționării clasice și operante cu învățarea observațională.

După această perioadă au apărut o serie de școli terapeutice cognitiv comportamentale dintre care menționăm terapia rațional emotivă a lui Elis, terapia cognitivă a lui Beck sau strategiile de inoculare a stresului și antrenamentul de autoinstruire puse la punct de Meichenbaum.

Începând cu anii 1970 terapia comportamentală a devenit o orientare dominantă în psihologie, cu multiple aplicații în domeniul educației, psihoterapiei, psihiatriei, asistenței sociale, dar și în domeniul industriei și afacerilor.

Deși implică strategii diferite, terapia comportamentală are câteva caracteristici comune: focalizarea asupra comportamentului, accentul pus pe tehnicile de învățare și evaluarea riguroasă a rezultatelor (Kazdin, 1994).

În cadrul orientării comportamentale un loc central îl ocupă la ora actuală terapia cognitiv-comportamentală care pune un accent deosebit pe rolul factorilor cognitivi în înțelegerea și modificarea comportamentului subiecților.

Acești factori, cum ar fi de pildă, vorbirea interioară, sunt considerați mediatori ai schimbărilor în plan comportamental (Bandura, 1969, 1986; Beck, 1976; Beck și Weishaav, 1995; Fishman și Franks, 1997; Goldfried și Davidson, 1976; Lazarus, 1989; London, 1986; Mahoney, 1977, 1979, 1991; Mechenbaum, 1977, 1985).

Principiul de bază al orientării comportamentale în psihoterapie postulează faptul că ființa umană este producătorul și produsul mediului său înconjurător.

Dacă teoreticienii comportamentaliști de orientare radicală excludeau posibilitatea autodeterminării și libertății ființei umane, orientarea modernă actuală încurajează tehnicile care conferă autocontrol și autonomie clientului. Modificările realizate în plan comportamental contribuie la îmbogățirea repertoriului deprinderilor de a face față problemelor vieții, fapt ce conferă mai multe posibilități de răspuns într-o situație dată. Eliminând comportamentele dezadaptative care limitează alegerile, oamenii devin liberi să realizeze mai multe opțiuni care înainte nu le erau accesibile.

Din punct de vedere filozofic, orientarea comportamentală și cea umanistă au părut diametral opuse, dar lucrările comportamentaliștilor contemporani au construit nenumărate punți între cele două orientări care în cele din urmă ar putea fuziona.

Scanned with OKEN Scanner

Orientarea comportamentalistă limitată, bazată pe modelul stimul-reacție a fost criticată inițial de Bandura (1974, 1977, 1986), părintele teoriei învățării sociale. Acesta respinge modelul mecanicist și determinist al comportamentului uman datorită faptului că se bazează exclusiv pe determinări de natură exterioară (din mediu).

Ulterior, mulți autori care au urmat au utilizat tehnici comportamentale pentru a atinge obiective umaniste (evoluția ființei umane)(Kazdin, 1994; Mechenbaum, 1977; Thoresen și Coates, 1980; Watson și Tharp, 1997).

Thoresen și Coates (1980) identifică trei mari direcții care fac posibilă convergența între orientările umanistă și comportamentalistă în psihoterapie:

- considerarea terapiei ca un demers orientat spre acțiune și nu ca o introspecție, mai curând pasivă, asupra problemelor care îi frământă pe clienți;
- preocuparea crescândă a terapeuților comportamentaliști în legătură cu maniera în care evenimentele externe sunt mediate de factori subiectivi, de natură cognitivă sau emoțională;
- accentul sporit pus asupra responsabilității personale în raport cu propriul comportament.

Odată înarmați cu tehnici de autoreglare a comportamentului oamenii devin capabili să-și amelioreze semnificativ calitatea vieții.

Principiile și postulatele terapiei comportamentale

Spiegler și Guevremont (1998) prezintă câteva caracteristici ale terapiei comportamentale:

1. Terapia comportamentală are la bază principii științifice derivate din cercetarea experimentală din domeniul învățării, principii bazate pe date de observație și nu pe convingeri personale.

Principiile învățării se aplică în mod sistematic pentru a-i ajuta pe oameni să se debaraseze de comportamentele dezadaptative.

Obiectivele tratamentului sunt exprimate în termeni concreți și obiectivi care fac posibilă repetarea intervenției terapeutice.

În timpul terapiei sunt evaluate comportamentele problematice precum și condițiile care contribuie la menținerea acestora.

Eficiența metodelor de evaluare și intervenție este verificată prin intermediul unor metode de cercetare științifică.

Conceptele care stau la baza demersului terapeutic și strategiile de intervenție sunt exprimate în mod explicit, testate empiric și revizuite permanent.

2. Terapia comportamentală se ocupă de problemele curente ale clienților și de factorii care le influențează în prezent, fără a pune accent pe perspectiva istorică.

Tehnicile comportamentale sunt aplicate pentru a modifica factorii actuali relevanți care influențează comportamentul clienților.

3. Clienții joacă un rol activ în cursul terapiei, angajându-se în diverse acțiuni menite să-l ajute să-și rezolve problemele și nu doar să vorbească despre acestea.

Scanned with OKEN Scanner

Ei își monitorizează comportamentele atât în timpul, cât și în afara ședințelor de psihoterapie, învață și exersează noi modele de comportament și noi strategii de a face față problemelor existenței.

4. Terapia comportamentală se desfășoară pe cât posibil în mediul natural al clientului.

Abordarea terapeutică are la bază principiile învățării, clientul însușindu-și deprinderi de autoreglare a comportamentului, deprinderi care vor fi transferate în viața de zi cu zi.

Sarcinile și temele pentru acasă reprezintă un element important al terapiei comportamentale.

5. Terapia comportamentală pune accent pe tehnicile de autocontrol comportamental. Clienții sunt instruiți să inițieze, să realizeze și să evalueze demersul terapeutic, fiind responsabili de propria schimbare.

6. Tehnicile terapeutice sunt astfel construite încât să se potrivească fiecărui client în parte.

7. Demersul terapeutic presupune un proces de colaborare între client și terapeut, acesta din urmă informând permanent clientul cu privire la natura și progresele terapiei.

La aceste caracteristici, Corey (2001) mai adaugă câteva:

8. Psihoterapia evoluează de la simplu la complex, de la situații mai facile la unele mai dificile și de la unele mai puțin amenințătoare la unele amenințătoare.

9. Demersul terapeutic comportamental este relativ scurt, incluzând mai puține ședințe de psihoterapie și într-un interval de timp mai puțin extins, comparativ cu alte sisteme terapeutice.

10. Tehnicile terapeutice se combină în anumite „pachete" de strategii în vederea creșterii eficienței psihoterapiei.

Obiectivele terapeutice ocupă un loc central în cadrul psihoterapiei comportamentale.

Obiectivul central constă în a crea noi condiții pentru învățare pornindu-se de la supoziția că procesul de învățare poate ameliora comportamentul problematic.

Clientul este cel care fixează obiectivele specifice terapiei sub directa îndrumare a terapeutului sau consilierului.

Evaluările realizate pe parcursul terapiei evidențiază măsura în care obiectivele au fost atinse.

Subliniem încă o dată faptul că obiectivele terapeutice trebuie să fie precise, concrete, clar exprimate sub forma unor contracte terapeutice care ghidează demersul psihoterapeutic.

Cormier și Cormier (1998, p. 228-231) descriu etapele selectării și definirii obiectivelor terapeutice:

- Terapeutul oferă clientului motivația pentru stabilirea unor scopuri, explică necesitatea stabilirii acestora, precum și rolul lor în cursul terapiei și sub-

Scanned with OKEN Scanner

liniază faptul că pacientul trebuie să joace un rol activ în cadrul acestui demers.

- Clientul specifică modificările pozitive pe care le așteaptă de pe urma terapiei. Atenția este focalizată asupra a ceea ce clientul dorește să realizeze și nu asupra a ceea ce el nu dorește să facă.
- Clientul împreună cu terapeutul stabilesc dacă aceste obiective aparțin cu adevărat clientului și dacă au un caracter realist.
- Se discută avantajele și dezavantajele (beneficiile și costurile) demersului de atingere a obiectivelor.
- Clientul și terapeutul cad de acord dacă vor continua demersul de atingere a obiectivelor stabilite sau le vor reformula.
- Odată stabilite obiectivele, începe demersul de definire a acestora.

Vor fi discutate conduitele asociate cu atingerea lor, condițiile necesare pentru schimbare, conținutul obiectivelor intermediare, precum și planuri de acțiune menite să conducă la atingerea obiectivelor.

Rolul terapeutului în cadrul terapiei comportamentale

Terapeuții comportamentaliști utilizează tehnici comune altor abordări cum ar fi: reflecția, clarificarea, rezumarea sau întrebările deschise, dar și unele specifice. Astfel, după Spiegler și Guevremont (1998), terapeutul comportamentalist deține următoarele atribuții:

- culege în mod sistematic informații referitoare la antecedentele cu caracter situațional, amploarea și dimensiunile problemei în plan comportamental, precum și la consecințele acesteia;
- clarifică împreună cu clientul problemele acestuia;
- planifică și stabilește comportamentele țintă;
- formulează împreună cu clientul obiectivele terapiei;
- identifică acele condiții care mențin problema;
- implementează planul de schimbare;
- evaluează succesele demersului terapeutic;
- conduce viitoarele demersuri de evaluare.

Să presupunem, de pildă, că o pacientă se prezintă la psihoterapie pentru agorafobie care o împiedică să iasă singură din casă.

Terapeutul va începe prin a analiza natura anxietății care o împiedică pe clientă să părăsească locuința. Acesta o va interoga în legătură cu modul în care percepe anxietatea, când a apărut aceasta și ce anume întreprinde în astfel de situații. Vor fi obținute informații în legătură cu gândurile care îi vin în minte, trăirile afective și consecințele problemei-simptom asupra existenței sale.

Vor fi stabilite apoi obiectivele terapiei și vor fi puse în acțiune strategiile menite să reducă anxietatea până la un nivel controlabil. Terapeutul împreună cu

Scanned with OKEN Scanner

clientul vor evalua pe parcursul psihoterapiei măsura în care au fost îndeplinite obiectivele terapeutice stabilite.

Un alt rol important al terapeutului comportamentalist rezidă în modelarea comportamentului.

Bandura (1969; 1986) era de părere că achizițiile obținute în urma învățării directe pot fi atinse și prin intermediul observării comportamentului celorlalți.

Datorită acestui fapt, clientul va putea să-și însușească noi modele de comportament prin intermediul imitației, terapeutul reprezentând un model de urmat.

Deoarece clienții îl investesc pe terapeut cu autoritate, ei își vor modela atitudinile, convingerile și valorile imitându-l pe acesta.

Așa cum am mai subliniat, demersul terapeutic de tip comportamentalist se caracterizează, printre altele, și prin rolul activ jucat atât de terapeut cât și de client în cadrul terapiei.

Terapeutul va fi cel care îl va învăța pe client noi modalități de comportament prin intermediul jocului de rol, modelării, repetărilor în plan comportamental, precum și al feed-back-urilor cu privire la progresele înregistrate pe parcurs. Clientul se va angaja la rândul său în mod activ în aceste demersuri și va primi diverse sarcini pentru acasă (de pildă, monitorizarea comportamentului problematic).

Clientul trebuie să fie puternic motivat să coopereze atât în timpul ședințelor de psihoterapie cât și în afara acestora, pentru că altfel progresele terapiei sunt limitate.

Pacientul este încurajat să experimenteze noile deprinderi de a face față problemelor vieții, pentru a-și lărgi repertoriul de comportamente cu caracter adaptativ și a transfera cele învățate în viața cotidiană.

Terapia este considerată încheiată doar atunci când noile deprinderi de autoreglare psihică au fost generalizate și pot fi utilizate de client în afara terapiei.

Este evident faptul că demersul terapeutic nu se va reduce la un simplu „insight" (iluminare) cu privire la natura problemelor clientului, ci va presupune implementarea unor noi modele de comportament. Obiectivele terapiei sunt formulate în termeni concreți și măsurabili, fapt ce permite atât clientului cât și terapeutului să evalueze progresele terapiei, ambii putând conștientiza momentul în care terapia poate să se încheie.

În cadrul terapiilor de orientare comportamentală nu se pune un accent deosebit asupra relației client-terapeut ca în cazul terapiilor psihodinamice sau umaniste, aspecte cum ar fi căldura afectivă, empatia, comunicarea autentică, caracterul permisiv și de acceptare din cadrul relației fiind considerate factori necesari, dar nu suficienți pentru ca schimbarea terapeutică să aibă loc.

Studiile clinice au evidențiat însă faptul că relația terapeut-client, chiar și în cazul terapiei comportamentale poate contribui în mod esențial la procesul de schimbare (Granvold și Wodarski, 1994). Astfel, o bună relație terapeutică va spori șansele creșterii receptivității clientului la demersul terapeutic. Nu prezintă impor-

Scanned with OKEN Scanner

tanță numai modul în care clientul cooperează la psihoterapie, ci și expectațiile acestuia în legătură cu un final pozitiv, expectații care vor funcționa în calitate de autosugestii pozitive.

Terapeutul de orientare comportamentală joacă un rol activ directiv și suportiv în cadrul demersului terapeutic de rezolvare de probleme.

Strategiile și tehnicile terapeutice specifice psihoterapiei comportamentale

Schimbările în sfera comportamentală nu se produc după principiul „totul sau nimic", ci survin gradat, în unele sectoare ale vieții, în timp ce altele pot rămâne neschimbate.

Tehnicile terapeutice sunt incluse în cadrul unor planuri de tratament și au un caracter eclectic.

Lazarus (1989, 1992b, 1996b, 1997a) este de părere că pot fi utilizate cu succes diverse metode de terapie, indiferent de fundamentarea lor teoretică. În viziunea sa, cu cât este mai extinsă aria strategiilor utilizate, cu atât terapeutul este mai eficient.

De asemenea, tehnicile utilizate nu sunt alese la întâmplare dintr-un pachet de strategii, ci sunt special combinate ținând seama de problematica fiecărui client în parte, terapeutul dând dovadă de creativitate în realizarea acestor selecții.

1. Evaluarea

Începe cu evidențierea problemelor, simptomelor clientului, a antecedentelor acestora precum și a consecințelor lor.

Clientul va monitoriza frecvența și intensitatea problemelor-simptom, aceste monitorizări devenind un instrument al psihoterapiei care permite alcătuirea unor planuri terapeutice și evaluarea efectelor strategiilor aplicate.

Instrumentele de evaluare includ inventarele și scalele de autoevaluare, precum și tehnici bazate pe observația directă.

Unul din punctele forte al terapiei comportamentale îl constituie faptul că evaluările și autoevaluările realizate permanent pe parcursul terapiei permit depistarea rapidă a oricărei erori, cât de mici, apărute în cadrul demersului terapeutic.

2. Tehnicile de relaxare

Relaxarea a devenit o tehnică larg răspândită și foarte mult apreciată care îi ajută pe subiecți să facă față stresului vieții cotidiene.

Relaxarea reprezintă o metodă de autoreglare care presupune destinderea musculară și calmare psihică.

Scanned with OKEN Scanner

Există o multitudine de tehnici de relaxare, în Europa cea mai cunoscută fiind metoda antrenamentului autogen al lui Schultz (1930), iar în S.U.A., tehnica relaxării progresive, propusă de Jacobson (1938).

După învățarea relaxării este necesar ca aceasta să fie practicată zilnic de către pacienți pentru a obține rezultelele scontate.

La ora actuală se utilizează tehnici de relaxare eclectice combinate adesea cu alte strategii de tip comportamental, cum ar fi desensibilizarea sistematică, antrenamentul asertiv, programe de „self-management", relaxare prin intermediul unor dispozitive bazate pe bio-feed-back, meditație sau imaginație dirijată cu autosugestii.

Studiile clinice au evidențiat faptul că hipnoza, considerată de specialiști ca o relaxare mai profundă, contribuie la obținerea unor rezultate mai rapide și mai durabile în terapia comportamentală.

Corey (2001) este de părere că însușirea unei tehnici simple de relaxare durează între 4 și 8 ore de lucru sub îndrumarea terapeutului.

Odată însușită, relaxarea devine o deprindere care, dacă este practicată zilnic, timp de 15-25 de minute, conduce la o odihnă economică, la reducerea anxietății și efectelor negative ale stresului, la o echilibrare în plan psihosomatic și la optimizarea performanțelor în activitatea profesională. Dacă la început relaxarea a fost utilizată mai ales ca o parte a desensibilizării sistematice, treptat aplicațiile acesteia s-au extins la terapia tulburărilor anxioase, fobice, cardiovasculare, respiratorii, a migrenelor și tulburărilor de somn.

Relaxarea – strategie de bază în cadrul terapiei cognitiv-comportamentale

În sens larg, termenul de relaxare semnifică o deconectare generală a individului de activitatea sa cotidiană. Acest proces îmbracă forme foarte variate, începând cu odihna activă și terminând cu modalitățile statice de deconectare.

În sens restrâns, relaxarea este o tehnică psihoterapeutică și autoformativă, fundamentată științific, care urmărește realizarea unei decontracturi musculare și nervoase, având ca efect un repaus cât mai eficient, economisirea energiei fizice și psihice, creșterea rezistenței la stres a organismului și diminuarea efectelor negative ale stresului deja instalat.

Relaxarea este în același timp o metodă de autoreglare a stărilor psihice, utilizată în pregătirea psihologică a sportivilor și cosmonauților, precum și în tratamentul unor afecțiuni de tip nevrotic sau psihosomatic.

La ora actuală, tehnicile de relaxare sunt studiate cu cea mai modernă aparatură de laborator în foarte multe țări ale lumii, interesul crescut pentru aceste sisteme fiind determinat de aplicațiile lor practice imediate în diferite domenii de activitate: medical, sportiv, antrenamentul piloților sau cosmonauților etc.

Cea mai cunoscută metodă de relaxare o constituie antrenamentul autogen, care poate fi considerat un punct de plecare în elaborarea unor tehnici de relaxare mai complexe.

Scanned with OKEN Scanner

Antrenamentul autogen este o metoda bine fundamentată științific, verificată experimental și clinic, care se caracterizează prin simplitate și economicitate în sensul că se învață ușor și durează relativ puțin. Această metodă de relaxare are la bază o abordare globală, de ansamblu, a personalității subiectului, fiind în esență o tehnică psihoterapeutică.

Derivata din hipnoza medicală, metoda a fost elaborată în Germania anilor 1920 de către medicul psihiatru I.H. Schultz. Acesta definea antrenamentul autogen ca un exercițiu generat (genos) din interiorul eului (autos).

Sursa de la care a pornit Schultz a fost hipnoza fracționată a lui Oscar Vogt. În cadrul acestei metode, subiectul era hipnotizat în mod repetat, trezit, interogat cu privire la starea sa și apoi rehipnotizat la un nivel și mai profund. Schultz a început să investigheze valoarea terapeutică a hipnozei și halucinațiile apărute la subiecții normali. El a observat că, în stare hipnotică, aceștia prezentau în mod frecvent anumite „reacții fiziologice și psihologice, cum ar fi senzații de greutate și căldură în membre, modificări ale ritmului cardiac și respirator. Autorul a pornit de la premisa că, de vreme ce aceste reacții apăreau în mod spontan în stare de hipnoză, putea fi indusă invers o stare hipnoidă prin concentrarea asupra reacțiilor psihofiziologice respective.

Exercițiile standard incluse în antrenamentul autogen au fost elaborate special pentru verificarea acestor ipoteze.

Schultz a observat, de asemenea, că o atitudine relaxată și pasivă din partea subiectului este mai favorabilă inducerii unei stări hipnotice prin intermediul exercițiilor standard și a denumit-o stare autogenă (autogenerată). Pornind de la studiul halucinațiilor la subiecții normali, el a dezvoltat o serie de exerciții mentale care constituie baza antrenamentului autogen avansat (ciclul II). Scopul antrenamentului autogen – așa cum a fost conceput de autorul său, ca și de cei care l-au preluat și dezvoltat mai târziu – constă în obținerea de către subiecți a unor reacții psihice și psihofiziologice adecvate, înlăturarea reacțiilor și comportamentelor nedorite și realizarea pe această cale a unei eficiențe crescute personale și sociale.

Schultz (1967) arată că antrenamentul autogen ajută subiectul să obțină o serie de avantaje, cum ar fi: odihnă și refacere după efort, autorelaxare, autoreglarea funcțiilor autonome, reducerea durerii, întărirea eului prin formule sugestive speciale, perfecționarea în tehnica introspecției, cu efecte favorabile asupra dezvoltării spiritului autocritic și creșterea autocontrolului voluntar.

Efectele acestui tip de antrenament pot fi observate de subiecți încă din primele zile de practică (relaxare mai bună, reducerea anxietății, somn mai odihnitor, capacitate de concentrare și memorie mai bune). Avantajele antrenamentului autogen sunt bine cunoscute în psihoterapia unor nevroze și afecțiuni psihosomatice. El poate fi folosit în completarea tratamentului medicamentos al oricărei afecțiuni somatice, contribuind la reducerea durerii și întărirea eului bolnavului. Trebuie menționat însă faptul că antrenamentul respectiv este doar un adjuvant în cadrul terapiei bolii respective.

Scanned with OKEN Scanner

Mai recent, metoda a început să fie utilizată în medicina preventivă, pentru creșterea rezistenței la frustrare și la alți factori stresanți, precum și în pregătirea psihologică a sportivilor de performanță și a cosmonauților.

Exerciții din cadrul antrenamentului autogen

Principiul metodei constă, așadar, în inducerea prin exerciții psihofiziologice a unei decontracturi generale a organismului, decontractură care, prin analogie cu tehnicile hipnotice, permite comunicarea unor sugestii. Antrenamentul autogen cuprinde două cicluri de exerciții:

A. Ciclul inferior include exerciții în care decontractarea concentrativă vizează următoarele direcții: musculară, sistem cardiovascular, sistem respirator, organe abdominale și zona capului.

Exercițiile pe care le învață subiectul sunt următoarele:

1. Experiența greutății.
2. Experiența căldurii.
3. Concentrarea asupra cordului, în vederea încetinirii ritmului cardiac.
4. Controlul respirației pentru calmarea acesteia.
5. Reglarea funcționării organelor abdominale prin concentrare asupra plexului solar.
6. Perceperea unei vasoconstricții in zona frunții.

Aceste exerciții se însușesc într-un interval de 6 până la 10 săptămâni, subiectul reușind să obțină, în urma practicării lor, un calm interior și o stare hipnotică.

Prezentăm în continuare un model de antrenament autogen, ciclul inferior (model adaptat dupa tehnica lui Schultz).

a) Inducerea senzației de greutate la nivelul brațului:

„sunt în întregime liniștit și cu desăvîrșire calm";

„toți mușchii îmi sunt destinși și relaxați";

„o liniște plăcută mă înconjoară";

„nimic nu-mi tulbură liniștea";

„simt o pace și o liniște interioară profunde";

„sunt foarte calm și liniștit";

„brațul meu drept e greu, din ce în ce mai greu";

„brațul meu devine tot mai greu";

„o greutate ca de plumb îmi cuprinde umărul, brațul, mîna și ajunge până la degete";

„brațul meu drept este foarte greu";

„brațul meu drept este greu ca de plumb";

„simt liniște și greutate".

Formule asemănătoare se folosesc și pentru inducerea progresivă a senzației de greutate la nivelul brațului stâng, piciorului drept și apoi al celui stâng.

Scanned with OKEN Scanner

b) Generalizarea senzației de greutate:
„o liniște plăcută mă împresoară";
„calmul mă inundă tot mai mult";
„simt o liniște și o pace interioare";
„sunt complet calm";
„întregul meu corp este destins și relaxat";
„umerii, brațele, mâinile, picioarele sunt grele, foarte grele";
„întregul meu corp este foarte greu";
„întregul meu corp este cuprins de o greutate foarte mare";
„corpul meu este greu, greu ca de plumb";
„sunt foarte calm și liniștit".

c) Inducerea senzației de căldură la nivelul brațului drept:
„o căldură plăcută îmi cuprinde brațul drept";
„o căldură plăcută îmi cuprinde brațul drept, mâna dreaptă și ajunge până la degete";
„vasele se dilată și simt căldură în brațul drept";
„o căldură plăcută îmi cuprinde brațul și mâna dreaptă";
„brațul meu drept devine cald, ca și cum ar fi cufundat într-o baie caldă";
„brațul meu drept este învăluit într-o căldură odihnitoare";
„liniște, greutate, caldură";
„liniștea și echilibrul mă împresoară";
Comenzi asemănătoare se folosesc și pentru inducerea senzației de căldură în brațul stâng și în picioare.

d) Generalizarea senzației de căldură
„întregul meu corp este relaxat, perfect liniștit";
„o căldură plăcută îmi cuprinde umerii, brațele, mâinile, picioarele";
„o căldură plăcută îmi cuprinde tot corpul";
„întregul meu corp este învăluit într-o căldură plăcută";
„întregul meu corp este cuprins de o căldură plăcută, ca într-o baie caldă";
„sunt liniștit și relaxat";
„liniștea și echilibrul mă împresoară";
„mă las cuprins de tihna senină și necontenitul echilibru";
„sunt în întregime liniștit";
„sunt cu desăvârșire calm";
„întregul meu corp este relaxat, destins, inert";
„întregul meu corp este greu";
„simt în tot corpul o greutate copleșitoare";
„corpul este greu și destins ca un arc în repaus";
„o căldură agreabilă îmi cuprinde tot corpul";
„tot corpul meu este învăluit într-o căldură plăcută și liniștitoare";
„simt o căldură plăcută care-mi cuprinde tot corpul".

Scanned with OKEN Scanner

e) Exerciţii pentru liniştirea bătăilor inimii:
„inima mea bate liniştit, foarte liniştit";
„inima mea bate liniştit şi egal, împrăştiind tot sângele în corp";
„inima mea bate liniştit şi egal";
„inima parcă lucrează de la sine";
„inima bate liniştit, calm şi egal";
„sunt perfect liniştit şi relaxat".
f) Exerciţii pentru calmarea respiraţiei:
„respiraţia mea devine liniştită şi rară";
„respir liber şi aproape de la sine aerul din jurul meu";
„respir calm şi liniştit, fără efort";
„respir foarte calm şi liniştit".
g) Exerciţii pentru trăirea senzaţiei de căldură în zona plexului solar:
„sunt perfect calm şi relaxat";
„sunt perfect liniştit";
„abdomenul meu este foarte relaxat";
„muşchii abdomenului sunt destinşi, orice tensiune dispare";
„plexul solar este cuprins de o căldură plăcută";
„plexul solar e cald şi relaxat".

Prezentăm în cele ce urmează şi o altă tehnică de relaxare, adaptată de noi după Sank şi Shatter (1984), care la rândul lor s-au inspirat din tehnica lui Jacobson (1938).

„Aşezaţi-vă cât mai comod pe scaunul pe care staţi. Închideţi ochii şi căutaţi să calmaţi respiraţia. Simţiţi-vă cât mai confortabil cu putinţă. Vă concentraţi atenţia asupra braţului non-dominant, strângeţi pumnul şi încordaţi braţul cât puteţi de mult. Simţiţi încordarea în zona pumnului, braţului, antebraţului, umărului. Desfaceţi apoi pumnul şi lăsaţi braţul să se relaxeze. repetaţi exerciţiul. E bine aşa.

Procedaţi acum în acelaşi fel cu braţul dominant: strângeţi pumnul, încordaţi braţul şi căutaţi să percepeţi tensiunea în zona pumnului în antebraţ, în braţ, în umăr. Repetaţi exerciţiul.

Acum aşezaţi ambele palme pe genunchi şi ridicaţi degetele încordându-le uşor, apoi tot mai mult şi mai mult. Simţiţi încordarea în degete, palme, braţe. Lăsaţi apoi degetele, palmele şi braţele să se relaxeze tot mai mult. Repetaţi exerciţiul.

Încordaţi acum musculatura ambelor braţe, menţineţi încordarea şi apoi relaxaţi braţele. Ridicaţi apoi umerii, menţineţi poziţia încordată şi apoi relaxaţi umerii şi braţele.

Încordaţi şi relaxaţi braţele şi umerii de câteva ori, căutând să simţiţi relaxarea plăcută care cuprinde întreaga musculatură a braţelor şi umerilor. Braţele şi umerii se relaxează tot mai mult şi mai mult.

Scanned with OKEN Scanner

Vă concentrați apoi asupra mușchilor frunții. Încordați fruntea ca și cum v-ați încrunta și ați ridica sprâncenele, mențineți încordarea și apoi relaxați fruntea. Simțiți cum fruntea se relaxează tot mai mult, din ce în ce mai mult.

Observați diferența dintre starea de încordare și cea de relaxare. Repetați exercițiul, studiind starea de încordare comparativ cu cea de relaxare plăcută, odihnitoare.

Încordați pleoapele, vă concentrați asupra senzației de încordare din jurul ochilor și apoi relaxați-le tot mai mult. Simțiți relaxarea plăcută care cuprinde ochii. Pleoapele se relaxează și devin tot mai grele, din ce în ce mai grele.

Încordați mușchii din jurul gurii, mențineți încordarea și apoi relaxați musculatura gurii. Încordați apoi și relaxați de câteva ori musculatura maxilarelor, a gâtului și cefei.

Conștientizați senzațiile de încordare și relaxare din cadrul fiecărei grupe musculare.

Aplecați ușor capul pe spate, mențineți poziția și apoi relaxați ușor gâtul și ceafa, aplecând capul în față, astfel încât bărbia să atingă pieptul. Întoarceți apoi capul spre stânga și spre dreapta de câteva ori și relaxați din nou gâtul și ceafa.

Treptat, senzația de relaxare vă cuprinde tot mai mult, tot mai mult. O senzație de greutate, căldură și relaxare plăcută cuprinde degetele, palmele, brațele, umerii, fața, creștetul capului, ochii, gura, maxilarele, gâtul și ceafa.

Senzația plăcută de relaxare vă cuprinde tot mai mult, din ce în ce mai mult.

Brațele, umerii, capul, gâtul sunt tot mai relaxate, din ce în ce mai relaxate. Senzația de relaxare plăcută cuprinde zona pieptului. Inspirați profund, mențineți respirația, încordați ușor toracele apoi expirați și relaxați toracele. Musculatura toracelui se relaxează tot mai mult, din ce în ce mai mult. Inspirați, mențineți respirația și apoi expirați relaxând mușchii toracelui.

Încordați apoi mușchii spatelui, împingând ușor pieptul înainte, ca și cum ați lua poziția de „drepți". Relaxați apoi mușchii spatelui, umerii, toracele. Relaxați-le tot mai mult.

Vă concentrați apoi asupra abdomenului. Încordați mușchii trăgând abdomenul înapoi, ca și cum ați dori să-l lipiți de coloana vertebrală. Relaxați apoi abdomenul. Vă concentrați asupra diferenței dintre senzațiile de încordare și relaxare.

Încordați și relaxați musculatura abdominală de câteva ori, trăgând abdomenul înapoi și apoi împingându-l înainte. Încordați, relaxați, încordați și relaxați abdomenul, apoi îl relaxați tot mai mult, din ce în ce mai mult.

Încordați și relaxați de mai multe ori zona lombară, arcuind coloana vertebrală spre spate. Simțiți apoi cum o stare de relaxare tot mai profundă cuprinde spatele.

Încordați și relaxați apoi fesele și coapsele, gambele și labele picioarelor. Realizați câteva încordări și relaxări seuccesive și apoi relaxați tot mai mult picioarele. Picioarele devin tot mai relaxate, din ce în ce mai relaxate.

Scanned with OKEN Scanner

Încordați și relaxați coapsele, gambele, labele picioarelor, degetele. Vă concentrați asupra încordării, apoi vă relaxați.

Acum doresc să relaxați cât mai mult fiecare grupă de mușchi în parte. Renunțați la încordare. Lăsați încordarea să iasă din corp. tensiunea și încordarea părăsesc fiecare zonă a corpului. O senzație plăcută de greutate și căldură cuprinde fiecare grupă de mușchi în parte. relaxați degetele și palmele, relaxați antebrațele, brațele și umerii. Brațele devin tot mai grele, din ce în ce mai grele, tot mai grele și mai calde. Brațele grele și calde. Brațele relaxate, grele, calde. Greutatea și căldura înlocuiesc senzația de încordare și tensiune. Fruntea devine tot mai relaxată, tot mai relaxată. Relaxați ochii. Pleoapele devin grele, tot mai grele, grele și relaxate. Relaxați gâtul și ceafa. Gâtul și ceafa sunt tot mai relaxate, tot mai relaxate... tot mai destinse și mai relaxate.

Relaxați spatele. Coloana vertebrală se relaxează, se destinde, se relaxează tot mai mult. Relaxați abdomenul. Abdomenul se relaxează tot mai mult, din ce în ce mai mult. Abdomenul este relaxat și cald, relaxat și cald. Relaxați coapsele, gambele, labele picioarelor, degetele de la picioare.

O relaxare profundă cuprinde picioarele, care devin grele și calde, grele și calde. Picioarele devin tot mai grele, din ce în ce mai grele. Picioarele grele și calde, grele și calde.

Întregul corp devine tot mai relaxat, din ce în ce mai relaxat. O relaxare plăcută, odihnitoare, cuprinde umerii, brațele, mâinile, picioarele, tot corpul. Corpul relaxat și liniștit. Rămâneți câteva minute calmi, relaxați, destinși. Rămâneți concentrați pasiv asupra stării de calm. Repetați mental cuvântul CALM.

Trăiți o stare plăcută de calm, destindere, pace interioară."

Între respirație și relaxare există o foarte strânsă legătură. Astfel, în stările de destindere și relaxare musculară, respirația devine tot mai lentă și mai profundă. Calmarea, încetinirea voluntară a respirației contribuie, la rândul său, la instalarea mai rapidă a stării de relaxare.

Pentru însușirea unei tehnici de relaxare se poate recurge la reglarea voluntară a ritmurilor respiratorii.

Un ciclu respirator obișnuit cuprinde două faze importante – inspirația și expirația, între acestea putând fi incluse, în unele cazuri, pauzele respiratorii sau fazele de apnee (apneea pozitivă după inspirație și apneea negativă după expirație).

Inspirația este o fază de activare, înviorare, de creștere a tensiunii psihice. Atunci când dorim să ne relaxăm, să ne destindem, trebuie să reducem tensiunea psihică. Cu toate acestea, faza de inspirație este importantă în însușirea unei tehnici de relaxare, ea fiind utilizată pentru anularea stării de destindere fizică și psihică, pentru ieșirea din starea de relaxare. Astfel, atunci când dorim să încheiem un exercițiu de relaxare, se recomandă să executăm câteva exerciții de respirație incluzând inspirații profunde și active, care vor restaura rapid starea de vigilență și tensiunea psihică. Este bine ca inspirațiile profunde să fie combinate cu exerciții fizice de

Scanned with OKEN Scanner

flexie și extensie a membrelor, aceste mișcări fiind asemănătoare cu cele pe care le realizează omul în mod spontan, atunci când se trezește din somn.

Expirația este o fază relaxantă în cadrul ciclului respirator. Dacă realizăm o expirație lentă, profundă și ne concentrăm atenția asupra acestei faze, vor apărea destul de repede senzațiile de destindere, liniștire generală a organismului, relaxare, greutate corporală.

Curtis (1987) dă câteva indicații metodice pentru intrarea subiectului într-o stare de relaxare utilizând tehnica respiratorie:

a) „Respirați normal. Observați ciclul respirator în mod pasiv. Cu alte cuvinte, lăsați corpul să respire singur, de la sine, autoobservându-vă calm respirația.

b) Ignorați inspirația; nu vă gândiți deloc la ea. Permiteți organismului să inspire de la sine fără a conștientiza actul inspirator.

c) Concentrați-vă atenția asupra expirației, gândiți-vă și vizualizați expirația.

d) Simțiți și trăiți senzațiile specifice expirației: senzația de scufundare, de liniștire, de greutate, de relaxare."

Exerciții de relaxare cu expirație

Adoptați o poziție comodă (culcat dorsal, sau șezând cu capul și brațele sprijinite). În timpul exercițiului mențineti o atenție pasivă. Închideți ochii și, timp de câteva cicluri respiratorii (2 până la 5), observați aerul care intră și apoi părăsește căile nazale.

În continuare, pe parcursul altor câtorva cicluri respiratorii, concentrați-vă atenția numai asupra fazei de expirație: percepeți căldura aerului care părăsește căile nazale și relaxați-vă în timp ce expirați, relaxați întregul corp în timpul expirației ...lăsați-vă purtat de senzația de relaxare, continuând să vă concentrați asupra expirației.

În timp ce expirați, simțiți cum corpul se destinde, parcă se scufundă, se contopește cu mediul înconjurător.

Observați cum corpul se scufundă, se destinde, se relaxează cu fiecare expirație. Cu fiecare expirație simțiți cum organismul se liniștește, se liniștește tot mai mult ... Respirația devine tot mai liniștită, bătăile inimii se domolesc... trăiți o senzație de liniște, de pace interioară.

Ori de câte ori trăiți una dintre senzațiile descrise mai sus, lăsați-vă purtat de ea, relaxați-vă tot mai mult, din ce în ce mai mult, destindeți-vă, relaxați-vă!

Rămâneți un timp în starea de relaxare. Atunci când doriți să ieșiți din starea de relaxare, inspirați adânc, faceți câteva mișcări de extensie și flexie a membrelor și deschideți ochii.

Relaxarea în etape

Și acest exercițiu se bazează pe utilizarea tehnicii respiratorii, mai precis a expirației.

Scanned with OKEN Scanner

Indicații metodice (Curtis, 1987)

a) Concentrați-vă atenția asupra unei anumite părți a corpului. (Este bine să porniți de jos în sus: labele picioarelor, glezne, gambe, coapse, șolduri, abdomen, torace, brațe, mâini.)

b) Atunci când expirați, căutați să simțiți relaxarea în acea parte a corpului asupra căreia vă concentrați atenția. Senzațiile corecte sunt de destindere, liniștire, greutate, relaxare.

c) Imediat după instalarea senzației de rélaxare în acea parte a corpului asupra căreia v-ați concentrat, după ce ați realizat câteva cicluri respiratorii concentrându-vă asupra respectivei regiuni, comutați-vă atenția asupra zonei simetrice (braț, picior) sau asupra părții corporale imediat următoare.

d) Parcurgeți toate zonele corpului, până când majoritatea acestora sunt relaxate.

e) Rămâneți un timp în stare de relaxare, după care reveniți, realizând o inspirație profundă, câteva mișcări de flexie și extensie a membrelor și apoi deschideți ochii.

Exercițiul propriu-zis se realizează astfel:

Luați o poziție comodă, închideți ochii. Timp de câteva cicluri respiratorii urmăriți în mod pasiv propria respirație.

Îndreptați-vă apoi atenția asupra fazei de expirație și relaxați-vă în timp ce expirați ... Lăsați-vă purtați de senzația de destindere, relaxare, relaxați-vă tot mai mult o dată cu fiecare expirație. Concentrați-vă atenția asupra labei piciorului drept și gleznei drepte și, în timp ce expirați, observați cum tensiunea dispare din piciorul drept, piciorul drept devine greu, tot mai greu, tot mai relaxat.

Lăsați piciorul tot mai moale, să se scufunde în podea, să devină una cu podeaua. Pe măsură ce expirați, observați cum piciorul drept se scufundă în podea ... Apoi, concentrați-vă atenția asupra labei piciorului stâng și a gleznei stângi: lăsați piciorul stâng să se relaxeze și să se destindă o dată cu expirația, lăsați piciorul stâng să devină greu, greu, tot mai relaxat, cu fiecare expirație.

Îndreptați-vă acum atenția asupra gambei drepte. Pe măsură ce vă concentrați asupra acestei zone, lăsați mușchii să se relaxeze, să se destindă în timp ce expirați ... lăsați tensiunea să iasă în timpul expirației și relaxați gamba. Comutați atenția asupra gambei stângi și, cu fiecare expirație, veți simți mușchii tot mai destinși, mai relaxați, gamba tot mai grea.

Îndreptați-vă acum atenția asupra coapsei drepte și veți simți cum și această parte a corpului se relaxează în timp ce expirați ... se relaxează tot mai mult în timpul expirației.

Îndreptați-vă apoi atenția asupra coapsei stângi. Trăiți senzația de destindere în coapsa stângă, o dată cu fiecare expirație.

Concentrați-vă acum asupra ambelor picioare și observați senzația agreabilă de greutate ce se instalează o dată cu fiecare expirație.

Scanned with OKEN Scanner

Lăsați acum ca relaxarea să se instaleze în zona șoldurilor. În timp ce expirați, lăsați mușchii să se relaxeze, să se destindă.

Apoi lăsați ca relaxarea să cuprindă trunchiul, care se destinde în timp ce expirați. Simțiți cum trunchiul se destinde, se lasă, simțiți cum o greutate plăcută cuprinde trunchiul o dată cu fiecare expirație.

Concentrați-vă atenția asupra brațului și palmei drepte și, în timp ce expirați, lăsați ca starea de relaxare să pătrundă în brațul și în mâna dreaptă. Simțiți cum mușchii se lasă, cum brațul și mâna devin tot mai grele, cum o greutate plăcută le cuprinde, cum devin tot mai relaxate o dată cu fiecare expirație. Apoi concentrați-vă atenția asupra brațului stâng. Simțiți cum brațul stâng este cuprins de o greutate plăcută, cum devine tot mai relaxat, o dată cu fiecare expirație.

În continuare, permiteți ca starea de relaxare să se răspândească în tot organismul, să-l cuprindă o dată cu fiecare expirație. Simțiți și trăiți o stare de greutate plăcută, de liniște, de destindere a întregului corp. Întregul corp este liniștit, destins, în pace ... el se relaxează tot mai mult o dată cu fiecare expirație ... până când sunteți gata sa încheiați exercițiul. Inspirați profund de câteva ori, îndoiți și întindeți brațele și picioarele, deschideți ochii".

Acest tip de exercițiu de relaxare prin respirație poate fi utilizat zilnic, pentru refacerea organismului după eforturi fizice sau intelectuale. Este bine ca el să fie practicat după-amiaza, cu puțin timp înainte de a mânca. Nu este indicat ca astfel de exerciții să se practice cu stomacul încărcat sau după ingerarea unor substanțe excitante (alcool, cafea, tutun). Condițiile de practicare sunt cele specifice oricărei tehnici de relaxare cunoscute. Astfel, este bine să se lucreze într-o încăpere liniștită, în condiții corespunzătoare de temperatură (nici prea cald, nici prea frig), evitându-se revenirea bruscă din starea de relaxare, pentru a nu le provoca subiecților tulburări neurovegetative.

Exercițiul de relaxare cu respirație durează în total 5-7 minute, el putându-se asocia, în cazul persoanelor care dispun de mai mult timp, și cu alte exerciții de gimnastică respiratorie, care produc o încărcare energetică a organismului. Acestea se execută după încheierea exercițiului de relaxare cu respirație.

3. Desensibilizarea sistematică

- Reprezintă o strategie comportamentală elaborată de Joseph Wolpe (1958).

Clientul își însușește o tehnică de relaxare și apoi i se cere ca în această stare să-și imagineze situații progresiv anxiogene. Treptat, acesta devine tot mai puțin sensibil la stimulii care îi produceau înainte anxietate.

Tehnica poate fi considerată o metodă de expunere pentru că subiecților li se cere să se confrunte în plan mental cu imagini care produc anxietate.

În cursul interviului preliminar terapeutul va culege informații referitoare la anxietate și la condițiile în care se manifestă aceasta.

Etapele desensibilizării sistematice sunt următoarele (Morris, 1986):

Scanned with OKEN Scanner

- însușirea unei tehnici de relaxare progresiv crescătoare;
- alcătuirea unei ierarhii care să cuprindă situații anxiogene, de la cea mai puțin anxiogenă până la cea mai anxiogenă;
- desensibilizarea propriu-zisă.

Antrenamentul de relaxare se realizează prin intermediul unei versiuni modificate a tehnicii lui Jacobson (1938), descrisă în detaliu de Wolpe (1990). După ce și-a însușit relaxarea musculară, clientului i se cere să se așeze într-o poziție confortabilă și să-și imagineze scene relaxante (de pildă, că se află la munte întins în iarbă, urmărind alunecarea norilor pe un cer albastru etc.).

I se cere apoi să practice relaxarea și acasă, timp de 30 de minute.

Se va lucra apoi asupra alcătuirii listei de situații anxiogene, de intensitate progresiv crescătoare. Astfel, pentru un client suferind de fobie socială, cu teamă de respingere, situația cea mai anxiogenă poate fi reprezentată de respingerea de către partenera de viață, urmată de respingerea de către un prieten apropiat, apoi de cea a unui coleg de serviciu, cea mai puțin anxiogenă fiind ignorarea subiectului de către o persoană necunoscută la o petrecere.

Desensibilizarea propriu-zisă începe după câteva ședințe în care clientul și-a însușit tehnica de relaxare și a alcătuit ierarhia stimulilor anxiogeni.

La început clientul este solicitat să se relaxeze cu ochii închiși după care i se cere să-și imagineze scena neutră. Apoi acesta va trebui să-și imagineze scena cea mai puțin anxiogenă din cadrul listei. Terapeutul îl va ghida progresiv cerându-i să-și imagineze scene tot mai anxiogene până când clientul semnalizează că simte anxietatea, moment în care scena este întreruptă. Se induce din nou starea de relaxare după care se reiau scenele anxiogene din cadrul ierarhiei.

Tratamentul se consideră încheiat atunci când clientul reușește să rămână relaxat atunci când își imaginează scena cea mai anxiogenă.

Pentru ca tehnica să fie încununată de succes este necesar ca subiectul să realizeze și anumite teme pentru acasă are constau în practicarea relaxării și vizualizarea scenelor asupra cărora s-a lucrat în timpul ședințelor de terapie.

Treptat, clienții vor ajunge să se confrunte și cu situații reale de viață pentru a-și controla anxietatea. Folosită inițial în tratamentul anxietății și fobiilor, metoda s-a dovedit utilă și în terapia obsesiilor, anorexiei nervoase, dar și a balbismului, tulburării imaginii corporale și chiar a depresiei nervoase.

Tehnica desensibilizării sistematice este ușor acceptată de clienți pentru că aceștia sunt expuși gradat și controlat la situații anxiogene. Ei dețin controlul demersului terapeutic, putând încheia expunerea atunci când anxietatea depășește pragul lor de toleranță.

4. Strategiile de expunere

Spre deosebire de desensibilizarea sistematică, în cazul acestora expunerea se realizează în plan real. Se cunosc două variante ale strategiilor de expunere:

Scanned with OKEN Scanner

• Desensibilizarea „in vivo"

Presupune confruntarea cu situații progresiv tot mai anxiogene în planul vieții reale. Clienții pot încheia experiența de expunere atunci când anxietatea devine intolerabilă.

Expunerea poate fi realizată împreună cu terapeutul sau cu o persoană de sprijin, special instruită.

Acestea vor însoți clientul în călătorii cu metroul, liftul sau îl vor ajuta să se confrunte progresiv cu obiectul fobiei lor în condiții de securitate, ca în cazul fobiei de animale.

În cazul în care poate fi realizată efectiv, desensibilizarea ei în plan real este mai eficientă decât cea realizată în plan imaginar pentru că generalizarea la situațiile de viață se produce mai repede, rezultatele fiind, în același timp, mai stabile în timp.

• Metoda imersiunii („fooding")

Constă într-o expunere prelungită în plan real sau imaginar la stimulii generatori de anxietate, fără declanșarea unor comportamente de reducere a acesteia.

Ideea care stă la baza acestei tehnici constă în aceea că și în cazul în care clientul trăiește o stare de anxietate intensă, consecințele de care acesta se teme nu se produc cu adevărat.

Tehnica imersiunii în plan imaginativ are avantajul că nu presupune nici un fel de restricție referitoare la situațiile anxiogene, la care expunerea în plan real poate fi nu numai neetică dar adesea imposibilă, cum ar fi expunerea la situații de incendiu, viol sau catastrofă aeriană.

Expunerea imaginară poate să reproducă circumstanțele în care a avut loc trauma fără a avea însă consecințe negative concrete pentru client. Astfel, supraviețuitorii unui accident aviatic pot prezenta o serie de simptome psihopatologice cum ar fi coșmarurile, reamintirile obsedante ale evenimentului, fobie de a zbura cu avionul, anxietate sau depresie. În cazul acestora, desensibilizarea prin tehnica imersiunii în plan imaginar i-ar putea ajuta să revină la starea normală.

Tehnica imersiunii și-a dovedit utilitatea în tratamentul tulburărilor anxioase, agorafobiei, fobiilor specifice, tulburărilor obsesiv-compulsive și tulburărilor post-traumatice produse de stres.

Deși eficientă, metoda este evitată de unii subiecți din cauza disconfortului generat de expunerea prelungită la situații anxiogene.

Tehnicile de expunere nu sunt totdeauna suficiente pentru tratamentul anxietății, mai ales în cazul unor tulburări mai complexe, fiind necesară combinarea acestora cu alte strategii terapeutice.

5. Desensibilizarea și reprocesarea prin metoda mișcărilor oculare (DRMO)

Tehnica a fost elaborată de Francine Shapiro (1995) și include o serie de tehnici comportamentale combinate cu utilizarea mișcărilor ritmice ale globilor oculari, tehnici utilizate în tratamentul amintirilor cu caracter traumatic.

Scanned with OKEN Scanner

Metoda a fost aplicată asupra victimelor unor abuzuri sexuale, în cazul şocurilor produse de confruntările militare, al supravieţuitorilor unor agresiuni, violuri sau accidente dar şi la clienţi, suferind de anxietate, atacuri de panică, depresie, reacţii de doliu, fobii sau adicţii (Shapiro, 1995).

Cercetările cele mai complexe au fost realizate în cazul tulburărilor post-traumatice de stres.

Corey (2001, p. 271) prezintă etapele metodei desensibilizării şi reprocesării prin metoda mişcărilor globilor oculari.

Metoda are drept obiectiv restructurarea în plan cognitiv sau reprocesarea informaţiilor.

- În cadrul primei etape se realizează interviul clinic prin intermediul căruia se obţin informaţii cu privire la istoria vieţii clientului.

Se elaborează apoi planul de tratament care cuprinde definirea şi conceptualizarea problemelor clientului şi stabilirea obiectivelor terapeutice.

Se insistă asupra amintirilor cu conţinut negativ care generează simptome psihopatologice, asupra situaţiilor prezente care favorizează menţinerea simptomelor precum şi asupra deprinderilor şi modelelor de comportament cu caracter adaptativ care îi sunt necesare clientului pentru o bună funcţionare în plan individual şi social.

- Etapa de pregătire vizează formarea alianţei terapeutice şi explicarea modului în care funcţionează metoda care va fi aplicată.

Sunt discutate expectaţiile şi eventualele îngrijorări ale clientului care va învăţa o tehnică de relaxare.

- Etapa de evaluare îşi propune identificarea obiectivelor ţintă, a amintirilor traumatice care generează anxietate. Se identifică reacţiile emoţionale, fiziologice, imaginile şi cogniţiile cu conţinut negativ, asociate cu evenimentul traumatic precum şi gândurile şi convingerile alternative realiste care ar putea contribui la reducerea anxietăţii.
- Etapa de desensibilizare presupune vizualizarea imaginilor cu caracter traumatizant, verbalizarea gândurilor şi convingerilor negative şi conştientizarea senzaţiilor fiziologice. Expunerea este limitată în timp şi nu durează mai mult de un minut, după care se declanşează o nouă asociaţie.

În timpul acestui demers clientul este instruit să urmărească degetul arătător al terapeutului care se mişcă ritmic şi rapid în faţa ochilor săi de aproximativ 12 până la 24 de ori.

În continuare clientului i se cere să blocheze experienţele negative inspirând profund şi apoi să relateze ce anume îşi imaginează, simte sau gândeşte.

- Etapa implementării şi consolidării cogniţiilor pozitive care au fost iniţial identificate ca înlocuitoare ale celor negative.

De pildă, victima unui viol poate nutri convingerea negativă „ar fi trebuit să mă lupt mai mult sau să fug", convingere ce poate fi înlocuită cu afirmaţii de tipul

Scanned with OKEN Scanner

următor: „acum dețin controlul asupra situației" sau „în acele condiții am făcut tot ceea ce era omenește posibil".

Obiectivul demersului terapeutic constă în realizarea unei asocieri între evenimentul traumatic și cognițiile cu conținut adaptativ în așa fel încât amintirile traumatizante să nu mai aibă forța de a produce anxietate și gânduri negative.

- În etapa a 6-a după implementarea cogniților pozitive, clientului i se cere să vizualizeze din nou evenimentul traumatic împreună cu gândurile și convingerile pozitive și apoi să-și scaneze corpul prin intermediul atenției îndreptate spre interior și să identifice tensiunile musculare existente.

Tehnica își atinge scopul atunci când clientul reușește să vizualizeze evenimentul traumatic și în același timp să declanșeze cogniții cu conținut pozitiv și să-și simtă corpul relaxat.

- Clientului i se va trasa sarcina ca, în timpul temelor pentru acasă, să vizualizeze evenimentul negativ, respectiv imaginile, emoțiile și gândurile care îl însoțesc.

Acesta va ține un jurnal în care va nota toate aspectele psihologice negative. De asemenea, între ședințele de terapie, el trebuie să practice o tehnică de relaxare, imaginația dirijată, meditația, respirația controlată și automonitorizarea propriilor trăiri.

- Evaluarea rezultatelor trebuie realizată la începutul fiecărei ședințe de psihoterapie, când se analizează temele pentru acasă sub aspectul progreselor obținute.

Urmează redefinirea problemelor clientului, stabilirea unor noi obiective terapeutice și continuarea practicării tehnicilor de desensibilizare, restructurare cognitivă și automonitorizare.

Rezultatele terapiei sunt evaluate de client și terapeut în cadrul unui demers de tip colaborativ.

În opinia noastră, tehnica desensibilizării și reprocesării prin intermediul mișcărilor globilor oculari include elemente de hipnoză clinică ce-i sporesc eficiența.

6. Antrenamentul asertiv

Reprezintă o tehnică de antrenare a abilităților sociale.

Persoanele cărora le lipsesc abilitățile sociale au dificultăți în stabilirea unor relații interpersonale acasă, la locul de muncă, la studii sau în timpul liber.

Antrenamentul sau psihoterapia ori psihoterapia asertivă este utilă pentru următoarele categorii de subiecți (Corey, 2001):

- cei care nu sunt capabili să-și exprime iritarea sau mânia;
- cei care au dificultăți de a spune „nu";
- cei excesiv de politicoși care îi lasă pe ceilalți să profite de pe urma lor;
- cei cărora le este greu să-și exprime dragostea sau alte sentimente pozitive;
- cei care consideră că nu au dreptul să-și exprime gândurile, convingerile sau sentimentele.

Scanned with OKEN Scanner

Antrenamentul asertiv pornește de la ideea că oamenii au dreptul, dar nu și obligația de a se autoexprima.

Obiectivele antrenamentului asertiv sunt următoarele:

– lărgirea repertoriului de comportamente cu caracter adaptativ care să le permită subiecților să decidă când anume trebuie să se comporte în mod asertiv;

– învățarea acestora să se exprime pe ei înșiși ținând seama de sentimentele și drepturile celorlalți pentru că asertivitatea nu presupune agresivitate.

Persoanele asertive își apără drepturile fără a le încălca însă pe ale celorlalți.

Marea majoritate a programelor de dezvoltare a asertivității au la bază principiile terapiei cognitiv-comportamentale care postulează ideea că oamenii nu se comportă asertiv deoarece nutresc gânduri și convingeri negative disfuncționale cu privire la faptul că nu au dreptul să-și exprime sentimentele sau ideile sau că nu merită un tratament bun din partea celorlalți.

Un astfel de mod de gândire conduce la pasivitate. Tehnicile de antrenament asertiv nu se limitează să înarmeze subiecții doar cu metode de a face față unor situații dificile, ci contribuie și la modificarea gândurilor și convingerilor disfuncționale care stau în calea asertivității, acestea fiind înlocuite cu afirmații mai constructive.

Deși antrenamentul asertiv se poate realiza și individual, Alberti și Emmons (1995a) consideră că acesta este mai eficient dacă se desfășoară în grup.

Avantajele lucrului în grup sunt următoarele:

- grupul crează condiții propice pentru experimentarea noilor modele de comportament achiziționate;
- în grup, subiectul primește ghidare și sprijin și feed-back-uri nu numai de la terapeut, ci și de la ceilalți membri ai grupului;
- deoarece antrenamentul asertiv are ca obiectiv procesarea terapeutică a anxietății specifice situațiilor psihosociale, grupul permite subiecților depășirea acestor dificultăți într-un mediu securizant.

7. Programele de „self-management" și de comportament autodirijat (Corey, 2001, p. 275)

Prin intermediul acestor programe clienții își însușesc tehnici de reglare și autoreglare psihică în scopul de a-și conduce existența într-un mod mai eficient.

Strategiile de „self-management" au pătruns în domeniul terapiei și mai ales al consilierii psihologice începând cu anii 1970 și cuprind metode de automonitorizare, autorecompensare, contracte realizate cu propria persoană și controlul stimulilor.

Aceste programe pornesc de la premisa că oamenii trebuie să învețe diverse strategii de a rezolva situații problematice, aceștia asumându-și responsabilitatea punerii lor în aplicare în viața de zi cu zi.

Clienții care urmează cursuri de self-management sunt cei care decid ce comportamente ar dori să modifice (de pildă, fumat, consum de alcool, droguri, mâncat

Scanned with OKEN Scanner

excesiv etc.). Aceștia descoperă, de regulă, faptul că ceea ce îi împiedică să-și atingă obiectivele este lipsa anumitor deprinderi de viață.

Cormier și Cormier (1998) prezintă caracteristicile unui program eficient de „self-management":

- O combinație de metode și tehnici este de cele mai multe ori mai eficientă decât aplicarea unei singure strategii.
- Strategiile de „self-management" trebuie utilizate cu regularitate o perioadă suficient de lungă de timp pentru a se obține rezultate evidente.
- Clienții trebuie să-și stabilească obiective realiste și să evalueze permanent măsura în care acestea sunt îndeplinite.
- Utilizarea metodei autoîntăririlor reprezintă un element important în cadrul programelor sau pentru menținerea schimbărilor care au fost obținute.

Programele de comportament autodirijat reprezintă o variantă a celor de „self-management".

Watson și Tharp (1997) propun un astfel de program care cuprinde patru trepte:

- Stabilirea obiectivelor

Terapeutul consilier împreună cu clientul vor cădea de acord în legătură cu schimbările comportamentale dorite. Se va lucra asupra fiecărui obiectiv în parte, acestea fiind abordate pe rând.

Obiectivele trebuie să fie accesibile, măsurabile, exprimate pozitiv și semnificative pentru client.

- Transformarea obiectivelor în comportamente „țintă"

Pentru a realiza acest lucru, clientul va trebui să răspundă la întrebarea: „ce tip de comportament aș dori să crească sau să scadă în frecvență?"

- Automonitorizarea

Clientul va fi instruit să-și observe și să-și noteze în mod sistematic și deliberat comportamentele prin intermediul unor jurnale în care se vor nota nu numai frecvența și intensitatea unui comportament specific, ci și elemente legate de antecedente, cauzele și consecințele acestuia.

- Stabilirea unor planuri care să cuprindă strategii de schimbare

Acest stadiu va începe cu o comparație între datele obținute în urma automonitorizării unui comportament și standardele clientului referitoare la comportamentele dezirabile.

Clienții vor realiza apoi o evaluare a modificărilor în plan comportamental pe care doresc să le obțină și declanșează acțiuni menite să conducă la schimbările respective.

Tehnica autoîntăririi este utilizată apoi pentru a facilita implementarea noilor modele de comportament în viața cotidiană.

Planul de acțiune este revizuit și adaptat în mod continuu pe măsură ce sunt culese informații care prezintă aspecte pozitive sau negative în legătură cu aplicarea.

Scanned with OKEN Scanner

8. Psihoterapia multimodală (Lazarus, 1971, 1986, 1989, 1995, 1997a)

Este un sistem terapeutic eclectic şi flexibil de orientare comportamentalistă care a luat naştere prin introducerea progresivă a unor noi tehnici de intervenţie precum şi prin perfecţionarea celor existente deja. Tehnicile sunt preluate din cadrul altor sisteme terapeutice.

Caracteristica principală a acestui demers constă în aceea că strategiile terapeutice sunt adaptate fiecărui client în parte în funcţie particularităţile existenţei sale.

Principalele metode utilizate sunt tehnicile de reducere a anxietăţii, de repetare în plan comportamental, bio-feed-back, antrenarea deprinderilor de comunicare, contractele terapeutice, hipnoza, meditaţia, relaxarea, modelarea, strategiile prin intervenţie paradoxală, tehnica imaginaţiei dirijate, a întăririi pozitive, antrenamentul asertiv, tehnica opririi gândurilor şi altele (Lazarus, 1987).

Această orientare eclectică împrumută diverse tehnici din cadrul altor sisteme de terapie fără însă a prelua şi baza lor teoretică, aceasta rămânând una de natură comportamentală.

Lazarus (1989, 1997b) este de părere că personalitatea umană cuprinde şapte zone de funcţionare denumite BASICID (B = behavior; A = afective responses; S = sensations; I = images; C = cognitions; I = interpersonal relationships; D = drugs, biological functioning, nutrition and exercise):

– comportament;
– procese afective;
– sensibilitate;
– reprezentări (imagini);
– cogniţii;
– relaţii interpersonale;
– medicamente; procese fiziologice; nutriţie şi exerciţii fizice.

Deşi aceste zone sau sectoare ale vieţii se află în permanentă interacţiune, evaluarea şi strategiile de intervenţie trebuie să ţină seama de fiecare dintre ele. Mai precis, prin intermediul psihoterapiei trebuie corectate cogniţiile iraţionale, comportamentele dezadaptative, stările afective negative, imaginile cu conţinut negativ, relaţiile interpersonale stresante, senzaţiile neplăcute şi posibilele dezechilibre de tip biochimic.

Terapeuţii aparţinând acestei orientări sunt de părere că cu cât mai multe deprinderi de rezolvare de probleme îşi însuşeşte clientul în timpul terapiei, cu atât mai mică este probabilitatea ca vechile sale probleme să reapară.

Principiile care stau la baza terapiei multimodale sunt următoarele (Lazarus, 1997a):

- Fiinţele umane interacţionează la nivelul celor şapte zone de funcţionare specifice sistemului (BASICID);
- Aceste zone sau sectoare sunt interconectate şi funcţionează ca sisteme interactive;

- O evaluare corectă trebuie să țină seama de toate aceste aspecte, precum și de interacțiunile dintre ele;
- O abordare terapeutică eficientă implică realizarea unor corecții la nivelul fiecărei zone de funcționare specifice personalității clientului.

Demersul de evaluare presupune adresarea unor întrebări care să furnizeze informații referitoare la cele șapte sectoare de funcționare psihică (Lazarus, 1989, 1995, 1997a).

1. Comportamentul

Se va evalua comportamentul deschis exprimat prin intermediul acțiunilor, deprinderilor și reacțiilor observabile și măsurabile. Clientului i se vor adresa întrebări de tipul următor:

„Ce anume ai dori să modifici?"; „Ce ai dori să începi să faci?"; „Ce ai dori să începi să nu mai faci?"; „Care crezi că sunt punctele tale «tari»?"; „Ce comportamente te împiedică să realizezi ceea ce îți dorești?"; „Cât ești de activ în viața de zi cu zi?" etc.

2. Stările afective

Se referă la emoții, dispoziții și sentimente. Întrebările adresate sunt următoarele:

„Ce emoții trăiești mai des?"; „Ce anume te face să râzi?"; „Ce te face să plângi?"; „Ce te face fericit, trist, speriat sau furios?"; „Care sunt stările emoționale care îți creează probleme?" etc.

3. Sensibilitate

Se referă la modalitățile senzoriale: tactilă, gustativă, olfactivă, vizuală și auditivă.

Exemple de întrebări sunt: „Ai senzații neplăcute cum ar fi dureri, înțepături, amețeli sau altele?"; „Ce anume îți place sau nu-ți place în ceea ce vezi, auzi, simți, miroși sau guști?" etc.

4. Imaginile (reprezentările)

Cuprind amintiri, vise, fantezii, întrebările adresate fiind de următorul tip: „Care sunt amintirile sau visele care te tulbură cel mai adesea?"; „Ai o imaginație bogată?"; „Cum îți privești trupul?"; „Cum te vezi pe tine însuți?", „Cum ai dori să te vezi în viitor?".

5. Cognițiile

Cuprinde ideile, opiniile, judecățile, vorbirea interioară care constituie sistemul atitudinal, de convingeri, norme și valori ale subiectului.

Terapeutul va adresa întrebări de tipul:

„În ce măsură gândurile tale îți afectează stările emoționale?"; „Care sunt principalele tale atitudini și convingeri?"; „Care sunt gândurile negative care îți vin în minte?"; „Care sunt convingerile eronate pe care le nutrești?"; „La ce te referi mai mult atunci când îți spui în gând «trebuie neapărat»?"; „Cum îți afectează aceste convingeri modul de viață?".

Scanned with OKEN Scanner

6. Relațiile interpersonale se referă la relațiile clientului cu alți oameni, întrebările adresate fiind: „Cât de mult îți dorești să ai relații apropiate cu ceilalți?"; „Ce aștepți de la persoanele semnificative din viața ta?"; „Ce anume aștepți de la tine însuți?"; „Există unele relații cu alte persoane pe care ai dori să le modifici? Dacă da, ce fele de schimbări dorești?".

7. Aspecte biologice. Medicamente

Cuprinde deprinderile de nutriție și de exercițiu fizic, precum și eventualele tratamente urmate.

Întrebările sunt următoarele: „Îți faci griji în legătură cu starea ta de sănătate?"; „Iei medicamente prescrise, prezentate în cadrul unor reclame TV sau recomandate de prieteni?"; „Care sunt deprinderile și obiceiurile tale în ceea ce privește dieta, exercițiile fizice sau modul de petrecere a timpului liber?" etc.

Aceste întrebări cu caracter preliminar scot în evidență anumite probleme semnificative pe baza cărora se poate stabili profilul BASICID al clientului.

Odată stabilit acesta se vor examina interacțiunile dintre diferitele aspecte ale profilului și apoi se vor alege strategiile specifice pentru ameliorarea fiecărei zone problematice.

Pentru ca demersul terapeutic să fie de scurtă durată, adecvat și suficient, terapeutul va trebui să culeagă informații referitoare la următoarele probleme (Lazarus, 1997a, 1998b):

- Stări afective conflictuale sau ambivalente;
- Comportamente cu caracter dezadaptativ;
- Informații eronate;
- Lipsa unor informații;
- Presiuni și solicitări cu caracter interpersonal;
- Agenți stresanți care acționează în afara rețelei de relații interpersonale directe;
- Experiențe traumatice severe;
- Disfuncții fiziologice.

Unul dintre principiile de bază ale terapiei multimodale constă în aceea că extensiunea este mai importantă decât profunzimea. Astfel, cu cât clientul își va însuși mai multe strategii adaptative, cu atât șansa de recădere va fi mai redusă (Lazarus, 1996a).

Terapeutul va identifica aspecte specifice din cadrul fiecărui sector al modelului BASICID, aspecte care vor deveni ținte ale procesului de schimbare.

Clientul va fi dirijat să-și însușească tehnici de combatere a gândurilor negative, tehnici de relaxare pentru a face față situațiilor stresante sau abilități de relaționare interpersonală.

Deprinderile învățate vor fi ulterior aplicate pentru a rezolva problemele specifice vieții cotidiene.

Terapeutul specializat în psihoterapie multimodală joacă un rol activ în cursul terapiei, acționând în calitate de antrenor, educator, consilier și servind drept

Scanned with OKEN Scanner

model pentru client. Acesta îi furnizează clientului informații, instrucțiuni, feed-back-uri, contribuie la modelarea comportamentelor asertive, îl ajută să identifice, să combată și să înlocuiască gândurile și convingerile disfuncționale, oferă sugestii, realizează o critică de tip constructiv, oferind întăriri pozitive și contribuind la facilitarea autodezvăluirilor clientului.

Un terapeut eficient trebuie să fie o persoană flexibilă („un adevărat cameleon", Lazarus, 1993), capabilă să adopte diverse stiluri interpersonale și care să cunoască un număr mare de strategii și tehnici terapeutice.

Terapeutul este cel care decide când trebuie să se comporte directiv sau suportiv, cu căldură afectivă sau rezervat, într-o manieră formală sau mai puțin formală.

Abordarea cognitiv-comportamentală în psihoterapie și consilierea psihologică

La ora actuală există peste 20 de orientări terapeutice care se consideră cognitive sau cognitiv-comportamentale (Dattilio și Padesky, 1990; Mahoney și Lyddon, 1988).

Deși aceste abordări se diferențiază între ele, acestea au în comun următoarele particularități:

- Existența unei relații de colaborare între client și terapeut;
- Concepția conform căreia tulburările psihopatologice se datorează unor distorsionări cognitive;
- Focalizarea terapiei asupra modificării cogniților în vederea restructurării dorite la nivelul proceselor afective și al comportamentului;
- Caracterul limitat în timp și abordarea de tip educațional centrată pe probleme specifice, clar structurate (Arnkoff și Glass, 1992; Dobson și Block, 1988; Weishaav, 1993).

În cadrul terapiei se acordă o atenție deosebită realizării unor teme pentru acasă, clientului i se atribuie responsabilitatea schimbării, acesta jucând un rol activ în cadrul demersului psihoterapeutic și se aplică o serie de strategii concrete de producere a schimbării.

1. Psihoterapia cognitivă a lui Aaron Beck (CT)

Terapia cognitivă își propune să evidențieze și să modifice gândurile negative și convingerile disfuncționale care generează clienților simptome psihopatologice.

Principiul teoretic care stă la baza terapiei postulează faptul că modalitatea în care oamenii simt și acționează este determinată de modul în care aceștia își percep și își structurează experiențele.

Scanned with OKEN Scanner

De aici rezultă următoarele axiome:

- lumea comunicării interne a subiectului uman este accesibilă unui proces de natură introspectivă;
- convingerile clienților sunt puternic încărcate de semnificații subiective;
- aceste semnificații trebuie descoperite de către client mai curând decât furnizate de-a gata de către terapeut (Weishaav, 1993).

Pentru a putea înțelege unele tulburări emoționale este necesară înțelegerea factorilor cognitivi prin intermediul cărora individul interpretează un eveniment sau situație stresantă.

Obiectivul terapiei constă în identificarea și înlocuirea gândurilor negative automate și accesarea, prin intermediul acestora a schemelor disfuncționale de bază care sunt, în ultimă instanță, responsabile de producerea tulburărilor psihopatologice.

În cursul terapiei, clienții vor fi învățați să adune dovezi împotriva gândurilor negative și a convingerilor disfuncționale și apoi să le înlocuiască cu unele mai realiste, cu caracter adaptativ.

Studiile clinice au evidențiat faptul că acest demers terapeutic și-a dovedit utilitatea în tratamentul depresiei, anxietății (Beck, 1991b), fobiilor, tulburărilor psihosomatice, tulburărilor conduitei alimentare, iritabilității, atacurilor de panică (Dattilio și Salas-Auvert, 1998), abuzului de substanțe (Beck, Wright, Newman și Liese, 1993), durerilor cronice (Beck, 1987), fiind utilizat cu succes și în cadrul intervenției în situațiile de criză (Dattilio și Freeman, 1994).

Principiile terapiei cognitive

Beck, inițial terapeut de orientare psihanalitică, a fost interesat de așa-numitele „gânduri automate" ale clienților săi, declanșate de anumiți stimuli externi și care conduceau la apariția unor reacții emoționale.

Autorul a constatat faptul că persoanele care suferă de tulburări emoționale au tendința de a comite mai multe erori de logică menite să deformeze realitatea în sens negativ, generând depresie sau anxietate.

Simptomele psihopatologice sunt generate de gândirea distorsionată, inferențe arbitrare, informații incorecte sau arbitrare precum și de incapacitatea subiectului de a face distincția între realitate și ficțiune. Cele mai frecvent întâlnite erori de logică care conduc la afirmații false și concepții greșite au fost denumite de Beck și colaboratorii săi „distorsionări cognitive" (Beck et al, 1979; Beck și Weishaar, 1995; Dattilio și Freeman, 1992):

- Inferențele arbitrare, care constau în aceea că subiectul trage o serie de concluzii fără a avea argumente relevante.

Aici putem include tendința spre „catastrofalizare" care îl determină pe individ să prevadă cele mai dezastruoase consecințe pentru majoritatea situațiilor.

Scanned with OKEN Scanner

Astfel, un terapeut începător își poate începe activitatea nutrind convingerea că nu îl vor agrea nici clienții, nici colegii.

- Abstragerea selectivă se referă la desprinderea unei concluzii pe baza unui element izolat, ignorându-se celelalte informații, precum și contextul general.

Un student care a căzut la un examen, dar a trecut cu note mari la toate celelalte, își va aprecia întreaga activitate școlară în termeni negativi, pornind de la acest fapt singular.

- Supragеneralizarea reprezintă un proces asemănător care constă în formarea unor convingeri cu caracter absolutist sau extrem, pornind de la un eveniment izolat. Astfel, dacă un psiholog are dificultăți să lucreze cu un copil, el va concluziona că nu va putea lucra cu nici un copil și chiar cu nici un fel de client.
- Amplificarea și minimalizarea implică exagerarea sau dimpotrivă reducerea importanței unui eveniment.

Un profesor care comite o eroare pedagogică poate considera că aceasta va conduce la distrugerea întregii cariere a elevului, sau, dimpotrivă, obținerea unei medalii la o olimpiadă este privită ca o întâmplare lipsită de importanță.

- Personalizarea reprezintă tendința subiectivă a unor indivizi de a raporta evenimentele externe la propria lor persoană, fără a avea vreun temei pentru a proceda astfel.

Dacă un client nu mai revine la terapie după o primă ședință, terapeutul va considera că acest lucru se datorează performanțelor sale slabe.

- Etichetarea se referă la faptul că o persoană își atașează o etichetă negativă prin care se definește ca persoană, pornind de la o greșeală particulară. De pildă, un medic care a dat un diagnostic eronat își poate spune în gând: „sunt un prost, un ratat".
- Gândirea de tip dihotomic presupune evaluarea tuturor situațiilor în culori extreme: „alb-negru, totul sau nimic".

Un student care gândește în acest mod nu se va considera o persoană obișnuită care greșește uneori, ci va dori fie să se comporte ca un student perfect, fie va considera că „nu este bun de nimic".

Strategiile terapeutice specifice terapiei cognitive își propun, așa cum am mai subliniat, să cerceteze emoțiile și comportamentele disfuncționale prin intermediul modificării modului distorsionat de gândire.

Terapeutul cognitivist îl va învăța pe client să identifice distorsionările cognitive care îi produc tulburări emoționale și comportamente dezadaptative. De asemenea acesta va fi ajutat să facă distincție între propriile gânduri și convingeri și datele realității.

În continuare acesta va învăța să-și monitorizeze gândurile și convingerile negative.

Scanned with OKEN Scanner

După ce clientul a realizat un „insight" (iluminare) în legătură cu modul său irațional de a gândi, terapeutul îl va ajuta să testeze gradul de veridicitate a gândurilor și convingerilor sale disfuncționale, examinând dovezile care vin în sprijinul sau sunt împotriva acestora. Strategiile terapeutice includ tehnica dialogului socratic realizat împreună cu terapeutul, verificări prin intermediul realizătii unor sarcini în plan comportamental, strângerea de dovezi și găsirea unor explicații alternative pentru anumite fenomene.

Clienții își vor formula anumite ipoteze referitoare la comportamentul lór și își vor însuși strategii de a face față cerințelor vieții și de rezolvare de probleme.

Prin intermediul procesului descoperirii dirijate, clienții vor înțelege legătura dintre maniera de a gândi și modul de a simți și acționa.

Terapia cognitivă este scurtă, limitată în timp și focalizată în special pe evenimentele prezente, deși anume aspecte din cadrul istoriei vieții clientului pot fi abordate în cursul terapiei în anumite situații:

- atunci când clientul manifestă o nevoie imperioasă de a vorbi despre trecutul său;
- atunci când terapeutul consideră că datele din trecut sunt esențiale pentru a evidenția modul în care au fost formate și structurate convingerile disfuncționale de bază – schemele cognitive – care generează gânduri negative cu caracter situațional.

Obiectivele demersului terapeutic presupun reducerea simptomelor, rezolvarea problemelor clientului și prevenirea recăderilor.

Relația terapeutică din cadrul terapiei cognitive este caldă, empatică, non-evaluativă și se bazează pe încredere.

Relația terapeutică caldă, empatică, non-evaluativă, specifică terapiilor umaniste este considerată de cognitiviști necesară, dar nu suficientă pentru bunul mers al terapiei.

Terapeutul trebuie să realizeze și o conceptualizare a cazului, să fie activ și creativ, să poată ghida clientul în timpul dialogului socratic și de autodescoperire și să stăpânească bine tehnicile cognitive și comportamentale de rezolvare de probleme. Rolul terapeutului cognitivist este unul de catalizator care îl ajută pe client să înțeleagă modul în care gândurile, atitudinile și convingerile îi influențează modul de gândire și acțiune.

Acesta va acționa corectând cognițiile clienților, fapt ce va facilita demersul de schimbare și îl va ajuta pe acesta să-și formeze noi deprinderi de viață (Beck et al, 1979; Beck și Weishaar, 1995).

Clientul va juca, la rândul său, un rol activ în timpul demersului terapeutic, acesta prezentând problemele asupra cărora dorește să lucreze, identificând și modificând distorsionările cognitive, rezumând elementele esențiale din cadrul terapiei și ducând la îndeplinire temele pentru acasă.

Scanned with OKEN Scanner

Terapeutul și clientul vor colabora pentru formularea ipotezelor care vor fi apoi testate pentru a li se confirma sau infirma veridicitatea.

Așa cum am mai subliniat, Beck (1992, 1995) este de părere că este mai eficient ca pacientul să descopere singur modalități alternative de gândire decât să-i fie sugerate de terapeut.

În cele din urmă clienții învață să devină propriii lor terapeuți, capabili să-și restructureze stilul disfuncțional de gândire, să-și rezolve problemele și să prevină posibilele recăderi.

Temele pentru acasă sunt structurate în funcție de problematica specifică a fiecărui client, obiectivul acestora fiind de a-i învăța pe clienți noi deprinderi de rezolvare de probleme și de a-și testa convingerile în noile situații de viață.

Psihoterapia cognitivă și-a dovedit inițial utilitatea în tratamentul depresiilor, dar studiile viitoare au demonstrat eficiența acestuia și în alte tipuri de tulburări (Dattilio și Freeman, 1994; Granwold, 1994), cum ar fi:

– tulburarea anxioasă generalizată;
– atacurile de panică;
– anxietatea de performanță;
– fobia socială;
– fobiile specifice;
– tulburarea posttraumatică de stres;
– durerile cronice;
– tulburările de adaptare;
– comportamentul suicidar;
– tulburările de personalitate;
– ameliorarea comportamentului unor clienți psihotici aflați în remisiune.

Indiferent de problematica abordată, terapeutul îl va ajuta pe client să ajungă la interpretări cu caracter alternativ a situațiilor de viață care îl tulbură. Astfel, o studentă care prezintă dispoziție depresivă, poate evalua astfel situația în care asistentul nu îi cere să ia cuvântul la seminar.

„El crede despre mine că sunt o proastă și că nu am nimic interesant de spus; desigur el are dreptate pentru că toți colegii sunt mai inteligenți și mai bine pregătiți decât mine; totdeauna m-am simțit inferioară celorlalți."

Sub îndrumarea terapeutului clienta va găsi și alte explicații posibile pentru comportamentul asistentului: acesta se grăbește; el cunoaște deja punctul de vedere al studentei în cauză; el dorește să testeze nivelul de pregătire a altor studenți etc.

Terapeutul îl va ajuta pe client să identifice distorsionările cognitive din cadrul gândurilor negative automate declanșate de o anumită situație stresantă.

Pornindu-se de la aceste gânduri negative situaționale, se va ajunge la convingerile disfuncționale de bază, formate în copilărie, în urma interacțiunii cu persoane semnificative și care reprezintă reguli de viață prin intermediul cărora subiectul se evaluează pe sine însuși, pe ceilalți și lumea înconjurătoare. Gândurile și

Scanned with OKEN Scanner

convingerile disfuncționale vor fi combătute și în cele din urmă înlocuite cu unele alternative, realiste.

Rolul terapiei cognitive în depresii

Beck (1963, 1988) consideră că modul negativ și distorsionat de a gândi stă la baza instalării tulburării depresive.

În 1987 autorul scria despre așa-numita triadă cognitivă care conduce la depresie.

Primul element al triadei respective se referă la faptul că subiectul are o imagine negativă față de propria persoană. Acesta își minimalizează calitățile și își accentuează defectele, considerând că deficiențele sale îl împiedică să fie fericit.

Al doilea element al triadei constă în tendința subiectului de a interpreta în mod negativ evenimentele vieții, extrăgând selectiv doar acele elemente care vin să le confirme concluziile (procesul de abstragere selectivă).

Al treilea element se referă la viziunea pesimistă a depresivului asupra viitorului. Acesta consideră că problemele și dificultățile sale vor continua la nesfârșit, anticipând doar nenorociri și eșecuri pentru viitor.

Persoanele depresive își fixează, de regulă, obiective rigide, perfecționiste, imposibil de atins. Expectațiile lor negative sunt atât de puternice încât și atunci când înregistrează vreun succes se așteaptă la eșecuri în acțiunile asemănătoare pe care le vor întreprinde în viitor.

Gândurile negative ale persoanelor depresive se centrează în jurul unor dezastre, pierderi ireversibile și eșecuri, fapt ce le produce tristețe, dezamăgire și stări de apatie.

Abordarea terapeutică se focalizează asupra ariei problematice specifice și a motivelor pe care le invocă subiecții pentru starea lor depresivă. Astfel, unele dintre simptomele comportamentale ale depresiei sunt: inactivitatea, retragerea și tendința de evitare.

Clienții afirmă că sunt prea obosiți să întreprindă ceva, că se vor simți și mai rău dacă vor încerca și că vor eșua indiferent ce vor face.

Terapeutul va utiliza dialogul socratic, adresându-le întrebări de tipul următor:

„Ce se va întâmpla dacă veți încerca să faceți acest lucru?"

„De unde știți că este inutil să încercați?" etc.

Strategia terapeutică va consta în stabilirea unui program care va cuprinde sarcini gradate care trebuie îndeplinite de client. La început se trasează sarcini facile care au mari șanse să fie încununate de succes și care vor contribui la formarea unei atitudini mai optimiste.

Terapeutul va trebui să-l convingă pe client că dacă va întreprinde ceva se va simți mai bine decât dacă nu face nimic.

Unii clienți depresivi nutresc idei cu conținut suicidar.

Scanned with OKEN Scanner

În astfel de cazuri, terapeutul îi va ajuta să găsească alternative pentru situaţia în care se află (în afară de a renunţa la viaţă) şi să reducă problemele complexe la unele de dimensiuni mai reduse, posibil de soluţionat. De pildă, i se poate cere clientului să alcătuiască liste cu motivele pentru a trăi şi cele pentru a muri.

În continuare se pot identifica moduri alternative de a vedea problemele şi de a le soluţiona în mod constructiv.

O trăsătură caracteristică a depresivului este reprezentată de înclinaţia sa către autocritică. La baza autodevalorizătii persoanei se află atitudini de inadecvare, slăbiciune şi lipsă de responsabilitate etc.

Terapeutul îi va adresa clientului întrebări de tipul următor:

„Oare dacă eu aş face o astfel de greşeală m-ai dispreţui tot atât de mult cum te dispreţuieşti pe tine însuţi?"

Va fi evidenţiată şi examinată şi tirania imperativelor categorice care generează depresie şi imagine de sine negativă.

Subiecţii depresivi afirmă, de asemenea, faptul că se simt o puternică durere morală şi că nimic nu îi poate face să se simtă mai bie.

În astfel de situaţii o strategie eficientă poate fi utilizarea simţului umorului. Terapeutul va trebui însă să fie foarte atent să nu-l ironizeze pe client ca persoană, ci doar unele din trăirile sau comportamentele sale particulare.

În cazul în care clientul reuşeşte să se amuze puţin, acest lucru poate reprezenta un antidot împotriva stării de tristeţe.

O altă trăsătură caracteristică a depresivului constă în faptul că acesta va avea tendinţa de a exagera importanţa problemelor, solicitărilor şi presiunilor externe. Subiectul se simte depăşit de câte lucruri are de realizat şi pe care crede că nu va fi niciodată capabil să le ducă la bun sfârşit.

Terapeutul îl va ajuta pe client să stabilească liste de priorităţi, să verifice modul de îndeplinire a sarcinilor şi să fragmenteze problemele complexe în părţi componente.

După discutarea problemelor care îi frământă, clienţii încep să conştientizeze faptul că au tendinţa de a-şi amplifica dificultăţile personale. În urma procesării terapeutice, clienţii dobândesc o altă perspectivă asupra existenţei lor şi a sarcinilor pe varc le au de îndeplinit.

Împreună cu terapeutul, aceştia realizează o listă a responsabilităţilor, stabilesc priorităţi şi elaborează planuri realiste de acţiune.

Deoarece punerea în practică a acestor planuri de acţiune este adesea inhibată de gânduri negative autoperturbatoare, terapeutul îi va ajuta pe clienţi să le identifice şi să le modifice prin intermediul unor strategii cognitive.

După ce au învăţat să lupte împotriva îndoielilor lor, combătându-le în timpul şedinţei de psihoterapie, clienţii vor fi ajutaţi să aplice noile deprinderi cognitive şi comportamentale în situaţii reale de viaţă.

Scanned with OKEN Scanner

2. Terapia raţional-emotivă, variantă a terapiei cognitiv-comportamentale

Elis (1988), întemeietorul terapiei raţional-emotive (REBT), consideră că oamenii contribuie la problemele şi simptomele lor psihopatologice datorită modului în care interpretează anumite situaţii şi evenimente, ei fiind cei care se perturbă singuri, mai mult decât îi perturbă împrejurările exterioare.

Psihanalist la origine, autorul ajunge la concluzia că demersul psihanalitic este mai mult decât ineficient pentru că adesea cei care îl urmează se simt mai rău după ce l-au urmat (Elis, 1988. 1999).

REBT se bazează pe supoziţia conform căreia stările emoţionale ale unei persoane reprezintă rezultatul convingerilor, evaluărilor şi interpretărilor unor evenimente de viaţă.

Prin internediul demersului terapeutic, clientul îşi va însuşi deprinderi de a identifica şi combate convingerile iraţionale achiziţionate de-a lungul vieţii şi de a le înlocui cu unele mai raţionale.

Fiinţele umane îşi însuşesc modele iraţionale de gândire încă din copilărie, sub influenţa persoanelor semnificative cu care vin în contact şi le întăresc de-a lungul vieţii prin autosugestie şi repetare, fiind convinşi de utilitatea lor.

Acestea manifestă tendinţa puternică de a-şi transforma dorinţele şi preferinţele în necesităţi categorice de tipul „trebuie neapărat", imperative care îl vor domina pe subiect.

Aceste cerinţe absolutiste conduc la apariţia unor stări afective dezadaptative şi a unor comportamente disfuncţionale (Ellis, 1976b; Ellis şi Dryden, 1997) şi sunt de tipul următor:

„Trebuie cu orice preţ să obţin dragostea şi aprobarea tuturor persoanelor semnificative din viaţa mea".

„Trebuie să îndeplinesc toate sarcinile complet şi perfect".

„Pentru că eu doresc din tot sufletul ca ceilalţi să-mi acorde consideraţie şi să mă trateze în mod echitabil, aceştia trebuie, cu orice preţ, să se comporte astfel."

„Dacă nu obţin ceea ce doresc, mă voi simţi teribil, oribil şi nu pot să suport acest lucru."

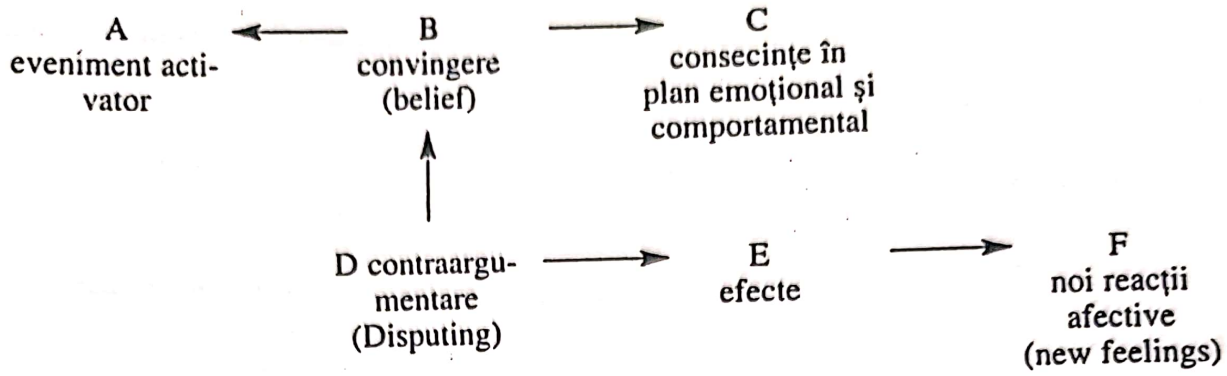
„Este mai uşor să eviţi dificultăţile şi responsabilităţile vieţii decât să te străduieşti în mod constant să obţii anumite recompense sau avantaje."

La baza terapiei raţional-emotive stă modelul ABC în care A este un eveniment extern, o situaţie sau chiar un element ce ţine de viaţa psihică (atitudine, comportament al subiectului), iar C reprezintă reacţiile individului în plan emoţional şi comportamental.

Evenimentul activator A nu produce consecinţele C, acestea din urmă fiind generate de B, convingerile şi credinţele individului cu privire la A.

Interacţiunile din cadrul modelului sunt prezentate în schema de mai jos (Corey, 2001, p. 300).

Scanned with OKEN Scanner



Astfel, de pildă, în cazul în care o persoană dezvoltă o depresie în urma divorțului, nu divorțul ca atare o generează, ci convingerea că și-a ratat existența, că a fost respinsă, sau că nu va mai găsi un partener adecvat. Conform acestui model, ființele umane sunt în mare măsură responsabile de crearea propriilor lor tulburări emoționale și comportamente dezadaptative.

Terapia rațional-emotivă își propune să-l învețe pe client strategii de modificare a convingerilor iraționale (Ellis, 1998, 1999; Ellis și Dryden, 1997; Ellis, Crorden, Neenan și Palmer, 1997; Ellis și Harper, 1997).

Așa cum am mai subliniat, tulburările emoționale sunt generate de afirmațiile lipsite de logică pe care și le repetă permanent subiecții în gând: „sunt un ratat și tot ceea ce fac este greșit"; „sunt o persoană lipsită de valoare" etc.

Ellis obișnuia să afirme frecvent faptul că omul se simte în funcție de modul în care gândește.

Tulburările emoționale, cum ar fi depresia și anxietatea, sunt produse și menținute de sistemele disfuncționale de convingeri, bazate pe o gândire de tip irațional.

Punctul D al modelului terapiei rațional-emotive se referă la aplicarea unor strategii logice de combatere a convingerilor iraționale.

Componentele demersului de contraargumentare sunt: detectarea, combaterea și discriminarea.

Într-o primă etapă, clientul învață să identifice convingerile iraționale de tipul „trebuie neapărat" sau „ceea ce mi se întâmplă este oribil, teribil, nu pot suporta această situație". În continuare acesta învață să combată prin intermediul unor metode logice și empirice aceste convingeri, în cele din urmă el ajungând să realizeze diferențierea dintre convingerile iraționale perturbatoare și cele raționale care îi permit să se ajute singur (Ellis, 1994, 1996).

Deși REBT utilizează și alte tehnici cognitive emoționale și comportamentale menite să-l ajute pe client să se debaraseze de credințele iraționale, accentul cade pe procesul contraargumentării logice care se realizează în timpul și în afara ședințelor de psihoterapie.

Scanned with OKEN Scanner

La finalul terapiei, clientul ajunge să-şi formeze o nouă filozofie de viaţă (E) care presupune înlocuirea modului nesănătos de gândire cu unul sănătos şi eficient, fapt ce conduce la apariţia unor noi stări afective, cu caracter adaptativ (F). Astfel, în loc să se mai simtă disperat sau îngrozit, clientul se va simţi întristat sau îngrijorat, stările afective fiind în acord cu situaţia. Clientul care tocmai a încheiat divorţul îşi va spune în gând: „regret faptul că a eşuat căsătoria noastră, dar aceasta nu înseamnă că este sfârşitul lumii, chiar dacă mariajul s-a destrămat nu înseamnă că mi-am ratat viaţa şi este o greşeală să-mi asum întreaga vină a acestui eşec."

Restructurarea modului disfuncţional de gândire presupune:

- conştientizarea faptului că subiectul este în mare măsură responsabil pentru crearea problemelor sale emoţionale;
- acceptarea ideii că are posibilitatea să-şi modifice filosofia de viaţă;
- conştientizarea faptului că tulburările emoţionale sunt rezultatul convingerilor iraţionale;
- identificarea acestor convingeri cu caracter dezadaptativ;
- lupta împotriva lor prin intermediul contraargumentării;
- acceptarea faptului că dacă subiectul doreşte cu adevărat să se schimbe trebuie să lucreze serios pentru a-şi contracara convingerile disfuncţionale;
- practicarea tehnicilor de combatere a acestor convingeri iraţionale pe parcursul întregii vieţi (Ellis, 1998, 1999).

Unul dintre obiectivele majore ale REBT constă în reducerea tendinţei clientului de a se autoblama sau de a-i blama pe ceilalţi pentru aspectele care nu merg bine în viaţă, cât şi achiziţionarea unor strategii de a face faţă dificultăţilor viitoare.

Sarcinile terapeutului specializat în terapie raţional-emotivă sunt următoarele (Ellis, 1999):

- Îl ghidează pe client să descopere convingerile iraţionale de bază care generează comportamente dezadaptative.
- Îl provoacă pe acesta să testeze gradul de veridicitate al ideilor sale.
- Demonstrează clientului caracterul lipsit de logică al gândirii sale.
- Utilizează umorul pentru a evidenţia iraţionalitatea unor convingeri.
- Aplică analiza logică pentru a minimaliza convingerile iraţionale.
- Demonstrează că aceste convingeri au un caracter dezadaptativ şi conduc la tulburări emoţionale şi perturbări în plan comportamental.
- Explică modul în care aceste idei pot fi înlocuite cu unele mai raţionale.
- Îl învaţă pe client să aplice un demers ştiinţific, bazat pe logică, pentru a reduce efectul convingerilor iraţionale prezente şi viitoare care stau la baza modului autodestructiv de a simţi şi acţiona.
- Utilizează o serie de tehnici cognitive emotive şi comportamentale menite să-i ajute pe clienţi să lucreze asupra stărilor lor afective, acţionând împotriva tulburărilor cu caracter psihopatologic.

Scanned with OKEN Scanner

Psihoterapia rațional-emotivă este privită ca un demers cu caracter educațional, în cadrul căruia clientul are rolul de elev care învață să utilizeze modul logic de a gândi pentru a obține modificări pozitive în plan emoțional și pentru a soluționa probleme de viață.

Demersul terapeutic este focalizat pe experiența prezentă, terapeutul nealocând mult timp explorării istoriei vieții clientului în vederea stabilirii unor conexiuni între experiențele anterioare și trăirile actuale.

Clientului i se va cere să se comporte activ și în afara ședințelor de psihoterapie, fiind angrenat în îndeplinirea unor teme pentru acasă în cadrul cărora acesta exersează acțiunile menite să înlăture convingerile iraționale.

În finalul terapiei, clienții își evaluează progresele, elaborează planuri și identifică strategii pentru a face față potențialelor probleme viitoare.

Terapia rațional-emotivă nu acordă o atenție prea mare relației calde și empatice dintre terapeut și client, considerându-se că prea multă afecțiune și înțelegere manifestată față de client este contraproductivă, contribuind la accentuarea dependenței acestuia din urmă față de terapeut și față de demersul terapeutic.

Terapeutul specializat în REBT își va accepta însă în mod necondiționat clientul, utilizând o serie de tehnici cu caracter impersonal cum ar fi studiul bibliografiei, predarea sau tehnica de modificare în plan comportamental. Relația transferențială nu este încurajată în cadrul acestui sistem terapeutic și dacă ea se manifestă totuși, terapeutul va trebui să o gestioneze.

Ellis (1995) era de părere că relația transferențială este rezultatul convingerii iraționale că pacientul trebuie să fie agreat și iubit de terapeutul său.

De asemenea, Ellis (1995), deși fost psihanalist, nu acorda prea multă atenție unor tehnici terapeutice, cum ar fi asociația liberă, analiza viselor, studiul istoriei vieții clientului sau exprimarea și explorarea la nesfârșit a unor trăiri afective, el considerând că astfel de tehnici îl pot face pe client să se simtă mai bine, fără a se ameliora însă situația.

Demersul terapeutic rațional-emotiv are un caracter integrativ și multimodal, în cursul terapiei fiind aplicate numeroase strategii cognitive, afective și comportamentale, adaptate fiecărui client în parte (Kwee și Ellis, 1997).

REBT și-a dovedit utilitatea în tratamentul anxietății, depresiei, iritabilității, dificultăților maritale, deficitului de abilități de relaționare interpersonale, tulburărilor de comportament la copii, tulburărilor obsesiv-compulsive psihosomatice, ale conduitei alimentare, tulburărilor personalității, consumului abuziv de substanțe și la fel în cazui terapiei cognitive, în ameliorarea conduitei unor pacienți psihotici (Warren și McLellarn, 1987).

Scanned with OKEN Scanner

Tehnicile terapiei raţional-emotive (REBT)

Tehnici cognitive

• Combaterea convingerilor iraţionale prin metoda contraargumentării

Terapeutul va aduce în mod activ argumente împotriva credinţelor iraţionale ale clientului şi îl va învăţa pe acesta din urmă să aplice singur tehnica de contraargumentare.

Clientul va fi dirijat să-şi adreseze întrebări şi afirmaţii de tipul următor:

„De ce este obligatoriu ca toţi oamenii să mă trateze corect?"; „de ce voi ajunge un ratat dacă voi eşua în îndeplinirea unei sarcini?"; „dacă nu voi obţine serviciul dorit, voi fi dezamăgit, dar voi supravieţui"; „dacă existenţa mea nu se desfăşoară aşa cum doresc eu, nu este un lucru îngrozitor, ci doar dezagreabil".

• Sarcinile pentru acasă

Clienţilor li se cere să alcătuiască liste de probleme, să identifice convingerile iraţionale cu caracter absolutist şi să le combată prin intermediul tehnicilor de contraargumentare.

O parte importantă a temelor pentru acasă constă în aplicarea modelului ABC la problemele specifice vieţii cotidiene.

De asemenea, clienţii sunt solicitaţi să se expună unor situaţii de risc care le vor permite să adreseze provocări convingerilor disfuncţionale care le limitează existenţa. Astfel, unei persoane care se teme să vorbească în public pentru că nutreşte convingerea că se va face de râs şi că nimeni nu o va aprecia, i se poate cere în mod expres să ţină un discurs în faţa unui grup, înlocuind convingerile disfuncţionale cu unele mai realiste:

„Chiar dacă nu mă voi exprima prea bine, aceasta nu înseamnă că sunt un ratat"; „este de dorit ca toţi ceilalţi să te placă, dar şi dacă acest lucru nu se va întâmpla, nu este sfârşitul lumii!".

Alte teme pentru acasă constau în consultarea unor materiale bibliografice sau audiovizuale referitoare la principiile terapiei raţional-emotive.

Este indicată şi vizionarea sau ascultarea unor înregistrări ale şedinţelor de psihoterapie, care sunt apoi analizate critic.

• Modificarea modului de exprimare

Clienţii învaţă să nu mai utilizeze termeni care exprimă imperative categorice „trebuie neapărat", acestea fiind înlocuite cu expresii mai nuanţate „ar fi de dorit să...".

• Utilizarea umorului

Specialiştii în REBT sunt de părere că majoritatea tulburărilor emoţionale se instalează şi datorită faptului că oamenii se iau prea tare în serios. Din acest motiv, terapeuţii vor face apel la simţul umorului pentru a-i ajuta pe clienţi să-şi modifice filozofia de viaţă.

Scanned with OKEN Scanner

Cu ajutorul umorului poate fi evidențiat caracterul absurd și ridicol al unor afirmații și convingeri referitoare la persoana clientului, la ceilalți, la lume și viață.

• Tehnici emoționale

Unul dintre principiile terapiei rațional-emotive este acceptarea necondiționată.

Deși nu tot ce spun sau fac subiecții este acceptabil, terapeutul îi va ajuta să se simtă persoane valoroase, demonstrându-le cât de autodestructivă este atitudinea de autodevalorizare permanentă.

Psihoterapia rațional-emotivă nu este focalizată asupra unor detalii ale situațiilor prezente și nici nu-l încurajează în mod special pe client să-și exprime sentimentele.

Deși în cadrul acestui demers terapeutic se încurajează strategii de tip emoțional, acest lucru se realizează în mod dirijat și selectiv.

Aceste strategii se aplică atât în timpul ședinței de psihoterapie cât și în afara acesteia.

Obiectivul lor nu constă în realizarea unui „catharsis" (descărcare emoțională), ci în sprijinirea clienților de a-și modifica gândurile, reacțiile emoționale și comportamentele dezadaptative.

Strategiile utilizate sunt următoarele:

– Imageria rațional-emotivă

Clienților li se cere să-și imagineze că gândesc, simt și acționează exact în modul în care și-ar dori să o facă în viața reală (Maultsby, 1984).

De asemenea, ei își pot imagina și faptul că cel mai rău lucru de care se tem se produce, trăiesc stările afective negative pe care le înlocuiesc apoi cu unele adecvate, mai puțin extreme și mai nuanțate (Ellis, 1998, 1999; Ellis și Yeagev, 1989).

Aceste tehnici se aplică pentru ameliorarea relațiilor interpersonale sau pentru rezolvarea altor situații problematice care îl determină pe client să se simtă stresat, Ellis (1988) recomandând utilizarea lor de mai multe ori pe săptămână.

• Jocul de rol

Include atât componente de natură emoțională cât și comportamentală.

Terapeutul întrerupe uneori ședința de terapie pentru a-i demonstra clientului ce anume își spune în gând pentru a-și produce tulburări emoționale, arătându-i apoi cum trebuie să procedeze pentru a-și modifica respectivele stări afective.

Clientul va pune, la rândul său, în acțiune anumite modele de comportament evidențiind ceea ce simte în respectivele situații. Astfel, un client care se teme să participe la un interviu de ocupare a unui post, va repeta în timpul ședinței de terapie o discuție cu angajatorul, evidențiind starea de anxietate și gândurile iraționale care o generează. În continuare el va combate convingerile iraționale că trebuie să fie acceptat în mod obligatoriu și că o eventuală respingere înseamnă că este o persoană incompetentă.

• Exerciții pentru depășirea sentimentelor de jenă și inadecvare

Scanned with OKEN Scanner

Clienților timizi sau care suferă de fobie socială li se poate cere în cadrul temelor pentru acasă, să întreprindă ceva ce este, de regulă, dezaprobat de ceilalți: să se îmbrace într-un mod nepotrivit, să cânte pe stradă sau să se facă o afirmație ciudată într-un magazin.

Comportându-se astfel, clienții vor realiza faptul că ceilalți oameni sunt mult mai puțin interesați de comportamentul lor decât cred ei.

Acest tip de sarcini continuă până când clientul conștientizează faptul că sentimentele de jenă sau rușine sunt create de el însuși.

- Tehnici comportamentale

În cadrul terapiei rațional-emotive sunt utilizate și strategii comportamentale, cum ar fi condiționarea, desensibilizarea sistematică, relaxarea, modelarea, antrenarea unor deprinderi de rezolvare de probleme sau de comportament asertiv.

Una dintre particularitățile tehnicilor de desensibilizare utilizate de specialiștii în REBT constă în aceea că o confruntare cu stimulii anxiogeni nu se face gradat, ci intensiv. Astfel, o persoană cu fobie de a merge cu liftul poate primi ca temă pentru acasă să folosească ascensorul de 20-30 de ori pe zi. Terapia rațional-emotivă se poate realiza individual, în ședințe săptămânale, durata tratamentului fiind între 5 și 50 de ședințe, precum și sub forma terapiei de grup.

REBT este considerată o psihoterapie de scurtă durată, marea majoritate a cazurilor putând fi soluționate în aproximativ 10 ședințe de psihoterapie.

Deși terapia cognitivă elaborată de Beck seamănă în multe privințe cu cea rațional-emotivă a alui Ellis, între cele două demersuri terapeutice există și unele diferențe.

Astfel, demersul specific REBT are un caracter mult mai directiv, persuasiv și se bazează pe o confruntare directă, în timp ce terapia cognitivă utilizează dialogul socratic, cu întrebări deschise, menite să-l ajute pe client să ajungă la propriile sale concluzii prin metoda descoperirii.

Modelul terapiei cognitive modificate al lui Meichenbaum (1977) CBM

Esența acestui demers terapeutic constă în modificările realizate la nivelul vorbirii interioare a clientului. Autorul este de părere că afirmațiile făcute de individ în limbaj interior afectează în aceeași măsură comportamentul persoanei ca și remarcile celorlalți. Acest demers terapeutic are în comun cu terapia cognitivă și rațional-emotivă convingerea că stările emoționale negative și autoperturbatoare reprezintă rezultatul modului disfuncțional de a gândi al subiectului.

Elementul specific al acestui sistem de psihoterapie constă în aceea că subiectul va fi ajutat să conștientizeze vorbirea interioară și apoi să modifice autocomenzile prin intermediul cărora își reglează comportamentul.

O atenție deosebită este acordată achiziționării unor deprinderi practice de a face față diverselor probleme de viață, deprinderi care îi vor permite clientului să renunțe la comportamente de tip agresiv, la teama de evaluare sau de a vorbi în public.

Scanned with OKEN Scanner

Elementul central al terapiei îl reprezintă restructurarea cognitivă prin care autorul înțelege conștientizarea momentului potrivit în care fluxul gândirii trebuie să continue, să fie stopat sau modificat.

Schimbările în plan comportamental se vor realiza în mod mediat, prin restructurarea vorbirii interioare, proces care are loc în trei etape:

1. Etapa autoobservației

Într-o prima fază clientul este învățat să-și autoobserve comportamentul.

La începutul terapiei limbajul său interior abundă în afirmații și imagini cu conținut negativ, un element de vulnerabilitate reprezentându-l tendința clientului de a crede în aceste afirmații.

În cazul în care clientul dorește să realizeze un progres el trebuie să conștientizeze faptul că nu este o victimă a gândurilor și stărilor sale afective negative, ci dimpotrivă că acesta contribuie la propria sa tulburare datorită afirmațiilor pe care le face în limbaj interior.

2. Dezvoltarea unui nou tip de dialog interior

Sub îndrumarea terapeutului, clientul începe să conștientizeze caracterul dezadaptativ al comportamentelor sale și întrevede posibilitatea construirii unor noi modele de conduită, declanșate de un al tip de dialog interior.

Acesta va conduce la modificarea comportamentului care, la rândul său, va avea un impact pozitiv asupra structurilor cognitive ale subiectului.

3. Achiziționarea unor noi deprinderi de viață

Clientul își va însuși noi deprinderi de a face față problemelor vieții, deprinderi pe care le va aplica în situații reale.

Acesta va continua să-și spună în gând anumite afirmații cu conținut pozitiv și să observe consecințele.

Pe măsură ce subiectul se comportă în mod diferit în anumite situații, acesta va constata reacții diferite din partea celorlalți.

Achiziționarea deprinderilor de viață se realizează respectându-se următorii pași:

- se investighează situațiile generatoare de anxietate prin intermediul unor tehnici de imaginație dirijată și *role-playing*;
- solicitatea clientului să-ți evalueze nivelul anxietății;
- învățarea acestuia să conștientizeze prezența cognițiilor generatoare de anxietate care apar în situațiile stresante;
- reevaluarea conținutului afirmațiilor realizate în limbaj interior și înlocuirea acestora;
- notarea nivelului anxietății după reevaluare.

Scanned with OKEN Scanner

Aceste programe de dezvoltare a deprinderilor de viaţă s-au dovedit utile în tratamentul fobiilor specifice, al fobiei sociale (teamă de a vorbi în public), al tracului de examene, în terapia comportamentelor adictive, disfuncţiilor sexuale psihogene, precum şi în tratarea comportamentului de evitare la copii (Meichenbaum, 1977, 1986).

O variantă a programului de dezvoltare a deprinderilor de viaţă o reprezintă tehnica de management a stresului, realizată prin intermediul strategiei denumite „inocularea stresului" (SIT) (Meichenbaum, 1985), strategie oarecum asemănătoare cu imunizarea care se realizează la nivel fiziologic.

Subiecţii sunt confruntaţi cu situaţii stresante de nivel mai redus şi treptat ei dezvoltă o toleranţă mai ridicată faţă de agenţi stresanţi de intensitate mai mare.

Antrenamentul are la bază ipoteza conform căreia capacitatea de a face faţă stresului se amplifică în urma modificării convingerilor şi afirmaţiilor referitoare la modul în care individul face faţă situaţiei stresante.

Tehnica inoculării stresului reprezintă o combinaţie de metode cum ar fi: furnizarea de informaţii, dialogul socratic, restructurarea cognitivă, rezolvarea de probleme, relaxare, repetare în plan comportamental, precum şi modificarea unor situaţii din ambianţă.

Antrenamentul de inoculare a stresului se realizează în trei etape (Meichenbaum, 1985):

- etapa conceptuală;
- etapa achiziţionării deprinderilor şi a repetării;
- etapa aplicaţiilor şi etapa de evaluare.

În timpul etapei de conceptualizare se va crea şi consolida relaţia terapeutică, vor fi discutate principalele probleme ale clientului, care va fi ajutat să observe modul cum reacţionează în situaţii de stres. Se va discuta rolul cogniţiilor şi stărilor afective în generarea şi menţinerea stresului.

Vor fi aplicate tehnicile prezentării didactice a informaţiilor, cea a dialogului socratic, precum şi aceea a descoperirii dirijate.

Clienţii se prezintă de cele mai multe ori la psihoterapie considerându-se victime ale împrejurărilor exterioare, gândurilor, stărilor afective şi comportamentelor asupra cărora consideră că nu au nici o posibilitate de control.

Terapeutul îi va ajuta să înţeleagă rolul pe care ei îl joacă, în generarea stresului la care sunt supuşi, învăţând să observe afirmaţiile realizate în limbaj interior şi să monitorizeze comportamentele dezadaptative. Aceste automonitorizări continuă şi pe parcursul celorlalte etape ale terapiei.

În cadrul celei de-a doua etape, de achiziţionare a deprinderilor şi de repetare, demersul terapeutic este focalizat pe achiziţionarea unor tehnici de a face faţă situaţiilor stresante („coping skills").

Clienţii sunt ajutaţi să înţeleagă faptul că atât comportamentele disfuncţionale cât şi cele cu caracter adaptativ sunt direct legate de conţinutul dialogului interior.

Scanned with OKEN Scanner

În continuare aceștia descoperă și repetă noi întrebări și afirmați limbajului interior pentru a face față mai bine stresului, ca în exemplele ur

„Cum pot să mă pregătesc pentru a face față stresului? (Ce anume trebu fac?)";

„Trebuie să elaborez un plan pentru a face față situației stresante?" etc.

„Cum pot face față emoțiilor care mă copleșesc? (Ce trebuie să fac în momentul acesta?"; „Cum pot să-mi controlez temerile?");

„Ce trebuie să-mi spun în gând pentru a mă simți mai bine?" etc.

În cadrul programului de management al stresului clienții sunt supuși și unor strategii de tip comportamental cum ar fi: relaxarea, meditația, respirația controlată, antrenarea unor deprinderi de comunicare socială, de planificarea a timpului sau de stabilire a unor priorități.

Este încurajată, de asemenea, și practicarea unor exerciții fizice (plimbări în aer liber, înot, joging etc.).

Etapa aplicării și evaluării este dedicată implementării în practică a celor învățate.

Clienții vor exersa practicarea vorbirii interioare cu conținut pozitiv și vor aplica deprinderile de a face față stresului în cadrul unor sarcini pentru acasă.

Modalitatea de îndeplinire a acestora este discutată în cadrul viitoarelor ședințe de psihoterapie.

Evaluările de amploare mai mare au loc la 3, 6 și 12 luni de la încheierea programului de psihoterapie.

Antrenamentul de management al stresului are o serie de aplicații practice în controlul anxietății și ostilității, în dezvoltarea comportamentului asertiv, în dezvoltarea unor disponibilități creative ale subiectului, în terapia tulburărilor depresive, a unor afecțiuni somatice, precum și în cazul tulburărilor posttraumatice de stres.

Studiu de caz

(Aplicarea unui model de terapie cognitiv-comportamentală în cazul pacientului Costin)

Costin a fost trimis la cabinetul de psihoterapie de fratele său mai mare după ce poliția l-a prins conducând mașina sub influența alcoolului. Clientul are 27 de ani, lucrează într-un bar și este student la sociologie la I.D.D. (învățământ deschis la distanță).

Din interviul clinic rezultă faptul că subiectul este un singuratic, având dificultăți în stabilirea contactelor sociale. Acesta afirmă că obișnuiește să bea prea mult pentru că îi este teamă de oameni, considerând că aceștia îl vor evalua negativ.

El este de părere că și-a irosit viața nereușind să deprindă o meserie până la această vârstă. Își dorește să termine facultatea și să se ocupe de studii sociologice în problemele tineretului.

Scanned with OKEN Scanner

Costin locuieşte singur şi are puţini prieteni. În adolescenţă a obişnuit să consume droguri dar în prezent consumă alcool de unul singur. La început băutura îl face să se simtă mai bine, mai plin de curaj, dar apoi devine depresiv.

Clientul se simte blocat mai ales în prezenţa femeilor tinere şi atrăgătoare (este încordat, rigid, se înroşeşte şi transpiră abundent), fiind de părere că acestea îşi vor da seama de faptul că nu este „suficinet de bărbat".

În timpul relaţiilor sexuale sporadice a fost încordat şi a manifestat adesea tulburări de erecţie sau ejaculare precoce.

Anxietatea subiectului este mai accentuată noaptea, când apar uneori şi atacuri de panică.

În cursul reveriilor diurne îşi imaginează uneori că se sinucide şi că familiei sale nu îi pasă de acest lucru.

Se evidenţiază puternice sentimente de culpabilitate pentru că nu şi-a întemeiat o familie, nu a realizat o carieră, este un „ratat" care nu va reuşi să se schimbe niciodată.

Costin afirmă, de asemenea, că nu s-a simţit niciodată iubit sau dorit de cineva.

El susţine că doreşte din tot sufletul să se schimbe pentru că s-a săturat de eşecurile repetate pe care le-a înregistrat până acum.

Timp de aproape un an Costin a avut o prietenă studentă la A.S.E. Aceasta era o femeie dominatoare care îi repeta tot timpul că nu valorează nimic. Cei doi au avut doar câteva contacte sexuale, clientul manifestând, în majoritatea cazurilor, tulburări de erecţie. În cele din urmă relaţia s-a întrerupt din dorinţa partenerei.

În familia de origine au fost în permanenţă certuri violente, dar cu toate acestea părinţii nu au divorţat niciodată.

Pacientul era mereu criticat şi comparat cu fraţii mai mari care erau premianţi. Acesta îşi aminteşte cum tatăl său îl eticheta drept „prost" şi se întreba de ce nu face nimic bine sau de ce nu seamănă cu fraţii săi.

La rândul său, mama îi spunea că naşterea lui a fost o greşeală şi că ar fi preferat să nu aibă un asemenea fiu.

Ca obiective pentru viitor, Costin şi-ar dori să se lase de băutură şi să se simtă bine, să scape de complexul de inferioritate şi să fie capabil să se apropie de oameni, mai ales de femei. De asemenea, el ar dori să se elibereze de anxietate şi culpabilitate („să nu se mai scuze permanent pentru faptul că există"). Sub aspect profesional i-ar place să devină cercetător sociolog, poate să urmeze chiar un stagiu de masterat sau doctorat.

Situându-se într-o perspectivă comportamentală de tip multimodal, terapeutul va realiza o evaluare pornind de la componentele modelului BASICID (Lazarus, 1995, 1997a):

Comportament:

- este defensiv, evită contactul vizual, se exprimă ezitant;
- consumă alcool în exces;

Scanned with OKEN Scanner

- prezintă tulburări de somn;
- declanșează o serie de comportamente de tip evitant.

Viață afectivă:

- anxietate;
- atacuri de panică (mai ales în timpul nopții când încearcă să doarmă);
- dispoziție depresivă;
- se teme de critică și respingere;
- se simte „prost" și lipsit de valoare;
- se simte izolat.

Sensibilitate:

- ameteli;
- tulburări de dinamică sexuală (dificultăți de erecție, ejaculare precoce);
- palpitații;
- cefalee.

Imagini (Reprezentări):

- amintiri intruzive referitoare la criticile formulate de părinți;
- imagine de sine (inlcusiv corporală) scăzută;
- fantezii legate de faptul că este respins de ceilalți, mai ales de femei.

Cogniții:

- gânduri care îi produc îngrijorare (legate de moarte);
- gânduri și convingeri negative legate de performanțele sale slabe și de lipsa de valoare personală;
- imperative categorice („trebuie neapărat");
- comparații negative ale propriei persoane cu ceilalți;
- gândire de tip fatalist;
- preocupări legate de noi sisteme de valori.

Relații interpersonale:

- se comportă într-o manieră neasertivă;
- are relații tensionate cu părinții;
- are puțini prieteni;
- se teme de contactele cu femei și de intimitate;
- se simte inferior în plan social.

Aspecte fiziologice. Consum de substanțe:

- abuz de alcool;
- a consumat droguri;
- nu face exerciții fizice;
- acuză tot felul de simptome somatice:
- nu se evidențiază nici o patologie de tip organic.

După încheierea demersului de evaluare, terapeutul îl va ajuta pe client să definească acele zone în care își dorește schimbarea.

Scanned with OKEN Scanner

Clientului i se explică maniera în care se vor desfășura ședințele de psihoterapie, mecanismele schimbării și necesitatea realizătii unor teme pentru acasă.

Obiectivele generale („aș vrea să mă simt mai bine în pielea mea") vor fi defalcate în obiective concrete și măsurabile. Astfel, atunci când clientul va afirma că dorește să se elibereze de complexele de inferioritate, terapeutul îi va adresa întrebări de tipul următor:

„Care sunt situațiile în care te simți inferior?"; „Cum te comporți astfel încât ajungi să crezi că ești o persoană inferioară?" etc.

Unul dintre obiectivele concrete ale lui Costin este reprezentat de dorința lui de a funcționa eficient fără alcool sau droguri.

Pentru a-l ajuta să atingă acest obiectiv terapeutul îi va cere să noteze într-un jurnal situațiile în care consumă alcool și care sunt evenimentele care îl determină să bea.

Va fi utilizată hipnoza cu sugestii țintite pentru a-i produce aversiune față de băuturile alcoolice și tehnica imaginației dirijate în stare de relaxare pentru a-l motiva pe client să renunțe la alcool (va vizualiza avantajele unui comportament abstinent).

Un alt obiectiv dezirabil pentru Costin îl constituie faptul că acesta nu mai dorește să se simtă obligat să se scuze pentru că există.

Terapeutul îi propune un program de terapie asertivă în cadrul căruia acesta învață să-și spună punctul de vedere cu fermitate față de șeful și colegii de serviciu.

Tehnica implică modelare (terapeutul va exemplifica modul asertiv de exprimare), jocul de rol și repetarea în plan imaginativ. Aceleași metode se utilizează pentru a depăși anxietatea clientului față de sexul opus (terapeutul va juca rolul unei femei căreia Costin dorește să-i ceară o întâlnire).

Clientul va repeta la nivel de joc de rol și antrenament mental maniera în care dorește să se comporte în timpul întâlnirii.

Tehnica desensibilizării sistematice este utilizată pentru a lucra asupra fricii de eșec în plan sexual.

Clientul învață o tehnică de relaxare pe care apoi o practică zilnic acasă.

Se stabilește apoi, împreună cu terapeutul, lista situațiilor anxiogene.

Situația cea mai anxiogenă o reprezintă intimitatea cu o femeie atrăgătoare și incapacitatea de a stabili performanțe sexuale, în timp ce situația cea mai puțin anxiogenă este să stea de vorbă cu o colegă de facultate care nu îl atrage.

Clientul se relaxează, își imaginează o scenă agreabilă și apoi pe cea mai puțin anxiogenă, continuând treptat până la situația care îl sperie cel mai mult.

Procesarea terapeutică a sentimentelor de culpabilitate și anxietate se realizează prin intermediul identificării și înlocuirii gândurilor și convingerilor disfuncționale de bază.

Terapeutul nu va acorda o atenție prea mare experiențelor timpurii ale clientului, ci îl va înarma cu strategii cognitive (modificarea cogniților negative) și comportamentale (metode de rezolvare a unor probleme de viață).

Scanned with OKEN Scanner

Terapeutul îl va ajuta să-și examineze conținutul gândurilor negative automate din cadrul vorbirii sale interioare, precum și convingerile disfuncționale care stau la baza acsetora:

„Trebuie să fiu totdeauna puternic, perfect, stăpân pe mine."

„Nu sunt un bărbat adevărat dacă manifest cel mai mic semn de slăbiciune."

„Dacă ceilalți nu mă iubesc și nu mă aprobă, se va produce o catastrofă."

„Dacă o femeie mă respinge, înseamnă că nu sunt bun de nimic."

„Dacă am un eșec într-un domeniu, înseamnă că sunt un ratat."

„Am tendința de a mă scuza mereu pentru faptele mele pentru că mă simt inferior celorlalți."

Terapeutul îl va ajuta pe Costin să observe modul în care funcționează vorbirea sa interioară cu conținut negativ.

În continuare aceste afirmații sunt combătute prin intermediul unor întrebări de genul următor:

„Ce dovezi ai că părinții tăi au avut dreptate când au afirmat acele lucruri despre tine?"

„Tu spui că ești un ratat și că te simți inferior celorlalți, dar oare evoluția ta actuală confirmă acest lucru?"

„Faptul că ai fost un fel de țap ispășitor al familiei reprezintă un motiv să-ți asumi acest rol și în viață?" etc.

Costin va fi astfel dirijat încât să considere gândurile și convingerile sale negative ca pe niște ipoteze care trebuie verificate.

Clientul va învăța să renunțe la dorințele sale absolutiste, spunându-și, de pildă, că deși preferă să fie acceptat și nu refuzat de femei, va fi totuși capabil să suporte o eventuală respingere.

În continuare acesta va fi ghidat să exerseze la nivelul vorbirii interioare afirmații cu conținut pozitiv:

„Pot să fiu o persoană acceptată și iubită."

„Pot să reușesc sau să eșuez uneori."

„Nu trebuie să compar toate femeile cu mama mea."

„Nu trebuie să mă autopedepsesc pentru greșelile din trecut, pentru că nu este necesar să fiu totdeauna perfect."

În cadrul demersului terapeutic este inclusă și achiziționarea unor deprinderi de comunicare interpersonale și de antrenament asertiv.

După un număr de 16 ședințe de psihoterapie clientul a relatat faptul că a obținut progrese semnificative în ceea ce privește ameliorarea dispoziției, a renunțat la alcool, și-a modificat stilul de viață și se află în etapa de consolidare a unei relații afective cu o colegă de facultate.

Scanned with OKEN Scanner

Studiu de caz

(Terapia s-a realizat după un model propus de Corey, 2001)

Rodica, pacientă în vârstă de 43 de ani, casnică, mamă a doi copii (Jeny de 18 ani şi Alin, 16 ani), studii medii. Locuieşte împreună cu soţul (46 de ani) şi copiii. Clienta se prezintă la terapie pentru o stare de insatisfacţie generală, afirmând faptul că viaţa ei este plicticoasă şi previzibilă.

La împlinirea vârstei de 40 de ani a simţit o stare de anxietate întrebându-se cum au trecut anii pe lângă ea.

De doi ani clienta prezintă tulburări de somn, anxietate, ameţeli, palpitaţii şi dureri de cap.

Aceasta afirmă că plânge foarte uşor din lucruri mărunte, se simte deprimată, îi este greu să iasă din casă şi are probleme cu greutatea corporală.

Istoricul problemelor prezente

Clienta a fost casnică până în momentul în care copiii au crescut şi au devenit adolescenţi, moment în care a decis să-şi continue studiile pentru a deveni asistent medical.

În urma contactului cu colegii de şcoală ea şi-a dat seama că şi-a limitat existenţa, i-a făcut pe ceilalţi membrii ai familiei dependenţi de ea, precum şi de faptul că se teme să-şi asume orice alt rol decât cel de soţie sau mamă.

Clientei nu îi este clar cine este ea de fapt şi ce doreşte în continuare de la viaţă.

Medicul de familie i-a recomandat, în urma investigaţiilor realizate, să urmeze un program de psihoterapie.

Rodica îşi descrie problemele astfel: „Uneori intru în panică, mai ales noaptea când încerc să dorm. Alteori mă trezesc din somn cu o senzaţie de sufocare, palpitaţii şi cu o transpiraţie rece. Mă răsucesc în pat încercând să mă destind, dar nu reuşesc deloc şi prin minte îmi trec gânduri legate de îngrijorări pentru tot felul de lucruri mărunte. Nu pot scăpa de aceste gânduri.

În timpul zilei mă simt atât de obosită încât abia mă mişc. Plâng din orice, chiar din lucruri fără importanţă."

Rodica e conştientă de faptul că a dus o existenţă foarte clar structurată în jurul familiei, singura preocupare fiind să aibă grijă de soţ şi de copii.

Deşi ea şi-a dorit să facă şi altceva în viaţă, se teme de schimbare şi se întreabă dacă nu ar da dovadă de egoism dacă se va ocupa de ea însăşi, neglijându-şi familia.

De asemenea, ea este îngrijorată şi de faptul că ar putea să nu facă faţă unei activităţi profesionale.

Copiii îşi petrec tot mai mult timp în afara familiei şi clienta are sentimentul că îi pierde. Cele mai multe probleme i le creează fiica ei, care are un comportament rebel şi cu care ea nu ştie cum să procedeze.

Scanned with OKEN Scanner

În ceea ce privește viitorul, acesta nu este prea clar pentru clientă. Ea și-ar dori să se simtă ea însăși și nu doar să facă pe plac celorlalți.

Nici relația cu soțul nu este satisfăcătoare. Acesta nu este de acord cu inițiativele ei și preferă ca lucrurile să rămână neschimbată, fapt ce o determină pe clientă să ezite să-l provoace de teamă să nu fie părăsită.

Clienta este preocupată și de faptul că îmbătrânește și nu mai arată la fel ca înainte (a luat 10 kg în greutate).

Toate aceste probleme o determină să fie motivată să urmeze un program de psihoterapie, simptomele cele mai deranjante fiind anxietatea și acuzele somatice.

Istoria vieții clientei

Rodica este cea mai mare din cadrul unei familii formate din trei copii. Tatăl a fost preot, iar mama, casnică.

Clienta își descrie tatăl ca fiind o persoană rece, distantă, autoritară și rigidă care îi impunea un set de reguli pe care trebuia să le urmeze întocmai, fără să pună întrebări.

Mama o critica frecvent și clienta nutrea convingerea că nu va fi niciodată în stare să-i facă pe plac.

Existau și unele momente când mama avea o atitudine suportivă.

În cadrul familiei nu se exprimau sentimente de afecțiune.

Clienta și-a asumat rolul de a-și îngriji frații mai mici în mare măsură din dorința de a obține aprobarea părinților.

Ori de câte ori clienta încerca să se joace sau să se bucure de ceva, se confrunta cu dezaprobarea și supărarea tatălui.

Acest model de comportament orientat spre grija față de ceilalți s-a permanentizat și i-a marcat întreaga viață.

Un incident critic a survenit atunci când Rodica avea vârsta de 5 ani, iar tatăl a prins-o jucându-se „de-a doctorul" cu un băiețel de 7 ani. Acesta a certat-o și a refuzat să-i vorbească mai multe săptămâni la rând, obligând-o să postească și să se roage. „M-am simțit foarte rușinată și vinovată", relata clienta.

Se pare că aceasta a atras după sine sentimente de culpabilitate și în adolescență, ea reprimându-și tendințele sexuale.

Rodica avea probleme și în domeniul relațiilor sociale, ei fiindu-i greu să-și facă prieteni sau să mențină prietenii. (A fost crescută la țară și nu i s-a dat voie să se joace cu copiii din sat.)

Ea se simțea izolată de cei de vârsta ei, nutrind convingerea că aceștia o considerau „ciudată". Deși ar fi dorit aprobarea celorlalți, clienta nu voia să renunțe la principiile ei morale de teama consecințelor.

Rodica nu a avut voie să se întâlnească cu nici un băiat și la 18 ani s-a căsătorit cu prima persoană de sex masculin care i-a ieșit în cale. Tatăl a fost foarte supărat de faptul că ea nu a continuat studiile.

Scanned with OKEN Scanner

Mama ei i-a servit drept model în asumarea rolului de gospodină.

În urma interviului de evaluare a rezultat că printre problemele care o tulbură cel mai mult pe clientă se află supraîncordarea și atacurile de panică, precum și faptul că ea nu este capabilă să-și impună punctul de vedere și din acest motiv acceptă să se angajeze în proiecte propuse de alții, pe care ea nu dorește să le ducă la îndeplinire.

Ținând seama de aceste elemente, obiectivele inițiale ale terapiei au fost:

- învățarea unei tehnici de relaxare pe care clienta a primit sarcina să o practice zilnic;
- însușirea unor tehnici de management al stresului;
- antrenamentul asertiv.

Terapeutul a solicitat-o pe clientă să-și monitorizeze zilnic trăirile și modul în care se comportă și să ducă la îndeplinire sarcinile pentru acasă.

În timpul ședințelor de terapie i s-a cerut clientei să întocmească o listă cu situațiile în care se simte stresată și să observe în ce măsură așteptările ei și vorbirea interioară cu conținut negativ contribuie la apariția și menținerea stării de stres.

A fost aplicat apoi un program de management al stresului.

Redăm, în cele ce urmează, un fragment din cadrul dialogului desfășurat în timpul ședințelor de psihoterapie.

Rodica: M-ați întrebat ce anume mă stresează. Ei bine, sunt foarte multe lucruri. Mă grăbesc tot timpul și niciodată nu termin ceea ce am de făcut. Mă simt în permanență presată de timp.

Terapeutul: Enumeră câteva situații specifice în care te simți stresată. Vom găsi apoi niște metode de a le face față.

R: Trebuie să mă pregătesc pentru cursuri și să fac față și treburilor din gospodărie. Nu știu cum să fac față ostilității pe care o manifestă Jeny față de mine. Încerc să răspund așteptărilor lui Nelu și, în același timp, să fac și ceea ce vreau eu să fac. M-am angajat și într-o serie de activități sociale pe care nu am timp să le realizez... Joc prea multe roluri și asta mă sperie. Mă simt presată la gândul că trebuie să-mi termin studiile și sunt îngrijorată de faptul că nu voi găsi un serviciu potrivit ca asistentă medicală. Nu este suficient pentru început?

T: Da, este o listă destul de lungă. Îmi dau seama de faptul că te simți copleșită. Nu vom putea să le abordăm pe toate odată. Aș dori să-mi descrii ce simți atunci când te afli într-o situație de stres, ce senzații ai, la ce te gândești și cum te comporți.

R: Simt că joc prea multe roluri și că nu am timp să îndeplinesc ceea ce mi-am propus. Deseori stau trează toată noaptea și mă gândesc la toate lucrurile pe care trebuie să le fac. Îmi vine foarte greu să adorm și dacă dorm totuși, somnul este agitat, visez urât și mă trezesc foarte obosită. Din cauza asta mi-e și mai greu să o iau de la capăt a doua zi.

T: Mai devreme mi-ai spus că suferi de atacuri de panică, mai ales noaptea. Aș dori să te învăț o tehnică de relaxare pe care s-o aplici înainte ca atacul de pani-

Scanned with OKEN Scanner

că să se instaleze. Va trebui să identifici semnele premergătoare apariției unui atac de panică. În loc să stai întinsă și să te chinuiești să adormi, mai bine faci un exercițiu de relaxare. Este bine să practici acest exercițiu zilnic, timp de 20 de minute.

R: 20 de minute pe zi când sunt atât de ocupată! Cred că acest lucru mă va stresa și mai mult.

T: Depinde cum vei aborda această strategie.

Terapeutul discută cu clienta pentru că se teme că aceasta va considera relaxarea o corvoadă și nu ceva agreabil. Ea a înțeles în cele din urmă că nu trebuie să facă exercițiul în mod perfect și că acesta are rolul de a-i face existența mai ușoară.

În continuare, terapeutul o învață o tehnică de control respirator și de imaginație dirijată (îi cere să-și imagineze scene liniștitoare). Apoi clienta își însușește tehnica.

Redăm, în cele ce urmează, fragmente din cadrul ședinței de psihoterapie:

T: Alege un loc liniștit, așază-te într-un fotoliu și adoptă o atitudine pasivă. În loc să te străduiești să realizezi exercițiul cât mai bine, lasă-te în voia gândurilor. Închide ochii și relaxează progresiv fiecare grupă musculară începând de la cap spre picioare. Expiră și relaxează-te. După o săptămână clienta a relatat că i-a fost foarte greu să se relaxeze.

R: Ei bine, nu am realizat exercițiul cum trebuie. Am lucrat în fiecare zi și nu a fost chiar atât de rău cât am crezut, deși mi-a fost greu să găsesc un loc liniștit. Am fost chemată de mai multe ori la telefon, copiii m-au rugat să le spăl ceva... și așa mai departe. Chiar și atunci când nu am fost deranjată, mi-au zburat gândurile în toate părțile și mi-a fost greu să simt relaxarea în diverse zone ale corpului.

T: Aș dori să nu fi prea exigentă cu tine însăți. Relaxarea este o deprindere și ca orice deprindere este necesar un anumit timp pentru a o învăța. Trebuie însă să-ți acorzi cele 20 de minute petrecute într-un loc liniștit.

Clienta i-a spus terapeutului cât de greu îi este să-și acorde acest timp numai pentru ea. Terapeutul a subliniat faptul că acesta este și un prilej foarte bun să învețe să le ceară celorlalți să-i respecte dorințele.

Al doilea obiectiv al terapiei a constat în formarea unor deprinderi de comportament asertiv. (Clienta trebuie să învețe să spună „nu".) Rodica a relatat faptul că ea a fost obișnuită să dăruiască totul, fiindu-i greu să ceară ceva pentru sine. Ea nu poate să refuze și din acest motiv se lasă antrenată în acțiuni pe care nu dorește să le realizeze.

Clienta s-a referit la tatăl ei și la modul în care consideră că acesta a contribuit la conduita ei lipsită de asertivitate.

Terapeutul i-a cerut să-și amintească o scenă mai recentă când i.a fost greu să spună nu și să o descrie în detaliu.

R: Săptămâna trecută fiul meu Alin s-a întors târziu acasă și mi-a cerut să-i bat la calculator lucrarea de semestru. Nu aveam chef să o fac pentru că am avut o

Scanned with OKEN Scanner

zi grea şi mă simţeam obosită şi pentru că era aproape miezul nopţii. L-am refuzat, el s-a enervat, a început să bombănească şi, în cele din urmă, am cedat. Ce pot să fac?

T: Ai fi putut proceda în multe feluri. Poţi să găseşti câteva variante?

După ce clienta a identificat câteva variante de răspuns, terapeutul i-a propus jocul de rol. La început, acesta a jucat rolul fiului, clienta încercând să adopte alte modalităţi de reacţie decât să-i tipărească lucrarea.

Deoarece ea nu a părut prea convingătoare, i s-a sugerat să joace ea rolul lui Alin, terapeutul demonstrând o manieră mai asertivă de a refuza.

În continuare terapeutul şi clienta au aplicat deprinderile de antrenament asertiv în situaţii reale de viaţă.

Au fost exersate şi deprinderile de comunicare verbale şi nonverbale: tonul vocii, accentele, termenii utilizaţi, mimica şi pantomimica etc., în aşa fel încât clienta să poată refuza în mod convingător ceea ce nu doreşte să facă, fără a trăi sentimente de culpabilitate.

Partea a doua a terapiei este dedicată identificării şi modificării gândurilor şi convingerilor iraţionale generatoare de simptome psihopatologice şi comportamente dezadaptative.

Interviul clinic a evidenţiat şi faptul că Rodica şi-a interiorizat şi a acceptat în mod necritic anumite norme şi valori care au condus la faptul că sentimentele de culpabilitate au devenit principala sursă motivaţională care îi dirijează comportamentul.

Una dintre convingerile disfuncţionale de bază este aceea că ea trebuie să realizeze totul perfect. Clienta se autoevaluează negativ din cauza standardelor prea ridicate pe care şi le impune.

Ea se comportă ca şi cum ar avea un fel de şef imaginar care o judecă şi îi spune ce trebuie să facă.

Terapeutul o va ajuta să modifice vorbirea interioară cu conţinut negativ care îi blochează acţiunile şi îi creează stări afective negative.

Clienta se va familiariza cu modelul ABC din cadrul terapiei raţional-emotive, unde A este evenimentul activator extern care nu generează consecinţele C în plan emoţional şi comportamental, sursa problemelor sale fiind B (gândurile şi convingerile iraţionale referitoare la A).

În această etapă a terapiei, clienta şi-a propus ca obiectiv să nu se mai conducă în viaţă după principiile impuse de părinţii ei şi să aibă curajul să vorbească deschis cu soţul ei şi să-i spună cum ar dori să continue căsnicia lor, chiar cu riscul de a-l supăra. Metoda descoperirii dirijate o va ajuta să sesizeze legătura dintre modul ei de a gândi şi felul în care se simte şi acţionează.

În continuare, prin intermediul tehnicii întrebărilor deschise şi al dialogului socratic, clienta va fi ghidată să identifice distorsionările cognitive care stau la baza supoziţiilor şi convingerilor sale şi să le înlocuiască cu unele alternative, mai realiste.

Scanned with OKEN Scanner

Elementele învățate în timpul ședințelor de psihoterapie vor fi exersate în cadrul unor sarcini pentru acasă și aplicate la situații reale.

Pentru a o ajuta pe clientă să-și însușească un sistem de convingeri cu caracter mai constructiv terapeutul i-a cerut să identifice vocea interioară care o demobiliza criticând-o permanent și să modifice conținutul acesteia astfel încât să cuprindă autoîncurajări și afirmații cu conținut mobilizator.

Terapeutul i-a recomandat și exerciții care să o ajute să se debaraseze de sentimentele de jenă și de teamă de ridicol care o împiedicau să realizeze multe lucruri. Astfel, pentru a-și învinge teama de a lua cuvântul în clasă, terapeutul i-a cerut să se relaxeze și apoi să-și imagineze că cel mai rău lucru de care se temea se produce.

Odată identificate expectațiile sale cu caracter catastrofic, terapeutul a ajutat-o să demonteze fiecare astfel de expectații, demonstrându-i faptul că și dacă are un eșec, va fi capabilă să-l suporte.

Clienta nutrea și puternice sentimente de culpabilitate legate de faptul că fiica ei avea probleme la școală, ea spunându-și că ar fi trebuit să fie o mamă mai bună. (Jeny a rămas corijentă la matematică și avea absențe nemotivate).

Prezentăm, în cele ce urmează, câteva fragmente din cadrul dialogului terapeutic.

R: Nu vreau ca fiica mea să sufere așa cum am suferit eu. Știu că de cele mai multe ori am fost aspră și critică față de ea așa cum a procedat și mama mea cu mine.

T: Ce îți spui în gând atunci când te gândești la asta?

R: Mă simt vinovată la faptul că nu am ajutat-o suficient la lecții pe Jeny. Îmi spun că nu am fost o mamă bună. I-am redus șansele de a-și face un rost în viață. I-am distrus viața!

T: Nu ți se pare că modul tău absolutist de a gândi este lipsit de logică? Care crezi că este rolul lui Jeny în crearea propriilor sale probleme?

R: Da, aveți dreptate, dar am făcut atât de multe greșeli pe care mă străduiesc să le îndrept.

T: Sunt de acord că este posibil să fi făcut multe greșeli în educația ei, dar asta nu înseamnă că i-ai distrus viața.

Nu-ți dai seama că dacă faci atât de multe lucruri pentru ea și îți asumi întreaga responsabilitate în locul ei, fiicei tale nu-i mai rămâne nimic de făcut?

R: Încerc să gândesc diferit, dar revin mereu la vechile mele gânduri. Ce ar trebui să-mi spun în gând?

T: Când Jeny face un lucru rău, cine este vinovat?

R: Eu, de cele mai multe ori.

T: Dar atunci când face un lucru bun, cine merită laudele?

R: Nu eu, desigur. Oricum sunt atât de preocupată de greșelile ei încât nici nu mai văd dacă face un lucru bun.

T: Constat că ești totdeauna gata să te blamezi pentru greșelile ei și să-i ignori realizările sau succesele.

Scanned with OKEN Scanner

R: Mă preocupă ceea ce nu merge și nu pot scăpa de gândul că nu am fost o mamă bună, că ar fi trebuit să am o influență pozitivă asupra ei.

T: Cred că a sosit momentul să fii ceva mai îngăduitoare cu tine însăți. Ce ar fi dacă ți-ai spune în gând: „Chiar dacă am făcut unele greșeli în trecut și poate le voi mai face în continuare, aceasta nu înseamnă că i-am distrus viața fiicei mele. Nu înseamnă nici că am fost același tip de mamă cum a fost mama mea pentru mine. Voi fi mai înțelegătoare cu mine, pentru că astfel îmi voi crea singură probleme."

R: Sună destul de bine... Numai de aș fi în stare să-mi spun aceste lucruri, să cred în ele și să le simt cu adevărat.

T: Dacă vei continua să exersezi tehnica de combatere a gândurilor și convingerilor negative și de înlocuire a lor cu unele mai realiste, vei fi capabilă să crezi în aceste afirmații și evident, te vei simți mai bine."

Psihoterapia de familie

Deși Adler a început să lucreze cu familii încă din anii 1920 (Dreikurs, 1957), psihoterapia de familie a început să se dezvolte în mod sistematic în Statele Unite în anii 1950 (Becvar și Becvar, 1996) ulterior structurându-se perspectiva sistemică în psihoterapie.

Această abordare pornește de la premisa că un individ poate fi înțeles mai bine dacă se ține seama de contextul relațional în care acesta își desfășoară existența, pentru bunul mers al terapiei fiind necesară evaluarea întregii familii.

Simptomele psihopatologice sunt considrate o expresie a disfuncțiilor existente în cadrul sistemului familial, disfuncții care persistă uneori de-a lungul mai multor generații. Mai precis, comportamentul problematic are o anumită funcție în cadrul sistemului familial, reflectând incapacitatea acestuia de a ajunge la soluții cu caracter adaptativ.

Modificarea comportamentului unuia dintre membrii familiei îi va afecta și pe ceilalți în calitate de părți componente aflate într-o permanentă interacțiune.

Corey (2001, p. 388) prezintă principalele diferențe dintre psihoterapia individuală și cea de familie, pornind de la un studiu de caz.

Anna, în vârstă de 22 de ani, a fost îndrumată la cabinetul de psihoterapie pentru că suferea de depresie de peste 2 ani, fapt ce o împiedica să aibă relații sociale și să lucreze.

Clienta dorea să se simtă mai bine, dar era pesimistă în ceea ce privește posibilitatea de vindecare.

Atât terapeutul specializat în terapie individuală, cât și cel specializat în terapie de familie doresc să o ajute pe Anna.

Scanned with OKEN Scanner

Ambii terapeuți constată că Anna locuiește împreună cu părinții ei în vârstă de aproape 60 de ani.

Sora ei mai mare este o prestigioasă avocată care își desfășoară activitatea în același oraș. Prietenii Annei s-au căsătorit și au plecat din localitate în timp ce ea a rămas acasă singură și izolată.

De asemenea, cei doi terapeuți sunt de acord și cu faptul că depresia clientei o afectează atât pe ea, cât și pe ceilalți membri ai familiei, aceștia procedând însă oarecum diferit:

Terapeutul specializat în terapie individuală	Terapeutul de familie:
• Va stabili un diagnostic cât mai riguros după criteriile D.S.M.IV (Manualul Diagnostic și Statistic al Asociației Psihiatrilor Americani, A.P.A., 1994)	• Va explora sistemul familial pentru a-i identifica regulile de funcționare;
• Va începe imediat psihoterapia cu Anna.	• Va invita la terapie pe mama, tatăl și sora clientei.
• Își va focaliza demersul asupra cauzelor tulburărilor ce țin de funcționarea sistemului familial, precum și asupra aspectelor cognitive, emoționale și comportamentale implicate în depresie.	• Va focaliza demersul asupra interacțiunilor din cadrul familiei, interacțiuni care explică prezența depresiei.
• Se va preocupa de experiențele individuale ale clientei și de perspectivele pe care le are aceasta.	• Va avea în vedere semnificațiile transferențiale, regulile după care funcționează familia, perspectivele culturale, de sex-rol și chiar de anumite aspecte cu caracter mai general, specifice comunității în care trăiește familia.
• Va aplica anumite strategii de intervenție terapeutică menite să o ajute pe Anna să facă față problemelor de viață.	• Va planifica și implementa intervenții menite să aducă modificări contextului în care își desfășoară clienta existența.

Psihoterapeuții de orientare sistemică nu neagă importanța individului în cadrul sistemului familial, considerând însă că interacțiunile acestuia au o putere mai mare asupra lui decât orice demers terapeutic individual.

Depresia clientei poate avea cauze de natură endogenă (organice, genetice, hormonale), poate fi generată de modele dezadaptative în plan cognitiv, emoțional sau comportamental care îi afectează capacitatea de a face față existenței, dar în același timp poate servi unui scop în cadrul sistemului familial. De pildă, boala ulceroasă a unei adolescente nu reprezintă numai o expresie a suferinței acesteia, ci poate exprima și o suferință ascunsă a altui membru al familiei.

Scanned with OKEN Scanner

Chiar în cazul în care depresia Annei are cauze biochimice, familia a contribuit la menţinerea acesteia, creînd contextul potrivit în care tulburarea poate să se manifeste.

Obiectivul terapiei şi consilierii în cazul familiei constă în ajutarea acesteia să-şi modifice modelele disfuncţionale de interacţiune şi să le înlocuiască cu unele cu caracter adaptativ.

Conform perspectivei sistemice, familiile sunt rezistente la schimbare, preferând să menţină vechile modalităţi de interacţiune cunoscute, chiar dacă sunt profund patologice (abuzuri, violenţă domestică), decât să încerce ceva nou.

Din acest motiv, demersul terapeutic centrat asupra familiei este lent, solicitând multă răbdare şi înţelegere din partea terapeutului.

Aplicaţiile terapiei cognitiv-comportamentale în abordarea psihoterapeutică a familiilor

Abordarea cognitiv-comportamentală porneşte de la premisa că cogniţiile, emoţiile şi comportamentele membrilor familiei se influenţează reciproc în cadrul interacţiunilor familiale. Astfel, o convingere exprimată poate conduce la apariţia unor stări emoţionale şi a unor comportamente, acestea din urmă influenţând modul de a gândi al subiecţilor în cadrul unui proces de interacţiune reciprocă, proces ce contribuie la menţinerea unor modele de comportament disfuncţional în cadrul familiei.

Terapia cognitivă pune un accent deosebit pe schemele cognitive sau pe convingerile disfuncţionale de bază (De Rubeis şi Beck, 1988), punctul „cheie" al demersului terapeutic fiind reprezentat de modificarea acestor convingeri disfuncţionale de bază (scheme cognitive), proces ce are drept rezultat schimbarea comportamentelor dezadaptative.

În psihoterapia de familie a fost introdus conceptul de schemă familială (Dattilio, 1993, 1998) care reprezintă un sistem de convingeri referitoare la funcţionarea familiei şi care s-a format în urma intercaţiunilor repetate dintre membrii sistemului familial.

Acelaşi autor subliniază că un individ operează cu două astfel de scheme familiale, schema familiei de origine şi schema referitoare la funcţionarea familiei în general.

Experienţele şi convingerile provenite din familia de origine stau la baza formării schemei familiale în general, precum şi la aplicarea acesteia la familia actuală a subiectului. Aceste scheme au o importanţă majoră în definirea modalităţii în care membrii familiei gândesc, rezonează emoţional şi interacţionează unii cu ceilalţi.

Obiectivul demersului terapeutic îl reprezintă identificarea şi restructurarea acestor scheme familiale în vederea formării unor modalităţi de interacţiune mai sănătoase şi mai eficiente.

Tehnicile cognitiv-comportamentale se pot îmbina în mod eficient şi cu alte strategii utilizate în cadrul psihoterapiei de familie, cum ar fi, de pildă, cele de tip structuralist.

Scanned with OKEN Scanner

Orientarea structurală în psihoterapia de familie a luat naștere în 1960 când Minuchin a început să lucreze cu băieți delincvenți provenind din familii defavorizate din New York, studiile sale fiind finalizate în lucrarea Familiile și terapia de familie (Minuchin, 1974).

Autorul acordă o atenție deosebită interacțiunilor dintre membrii familiei care explică structura acesteia, important fiind cum, când și cu cine se relaționează membrii familiei.

Conform acestei orientări majoritatea simptomelor reprezintă rezultatul unor deficiențe de natură structurală apărute în cadrul organizației familiale (Guerin și Chabot, 1992).

Schimbarea terapeutică constă în a ajuta familia să-și modifice modelele stereotipe de interacționare și să-și redefinească intervențiile (Colapinto, 2000).

Ideea centrală este că simptomele individuale sunt mai ușor de explicat din perspectiva modelelor interacționale ale membrilor familiei, schimbările structurale trebuind să fie realizate înainte ca simptomele unui anumit subiect să fie reduse sau eliminate.

Conceptele „cheie" ale psihoterapiei structurale de familie sunt următoarele (Corey, 2001, p. 416):

1. Structura familiei

În concepția lui Minuchin (1974), structura familiei reprezintă un set invizibil de cerințe și reguli care organizează modul în care membrii familiei se raportează unii la alții.

Această structură care dirijează tranzacțiile din cadrul familiei poate fi explicată în urma observării membrilor familiei în interacțiune în timpul ședințelor de psihoterapie.

Este important să se acorde atenție secvenței: cine, cui și cum se adresează și care este rezultatul interacțiunii, în felul acesta terapeutul putând detecta interacțiunile cu caracter disfuncțional.

Secvențele repetitive care se manifestă în timpul ședințelor de terapie evidențiază modelele structurale după care se conduce familia. De pildă, dacă de fiecare dată soția se plânge de faptul că soțul dă din cap și nu spune nimic, schema de funcționare este „evitarea conflictului".

În cazul în care exprimarea deschisă a ostilității tatălui produce un atac de astm bronșic la copil, secvența este una de tip complementar (schimb reciproc de comportamente opuse) și evidențiază o problemă în ceea ce privește raportul de forțe în cadrul structurii de putere dintre părinți și copii.

În familiile violente, terapeutul va identifica, de regulă, o secvență simetrică (schimb de comportamente identice) în cadrul căreia fiecare persoană se situează pe o poziție absolutistă la care nu dorește să renunțe și care conduce la escaladarea conflictului, ca în exemplul de mai jos (Corey, 2001, p. 417):

Scanned with OKEN Scanner

Soțul: Unde te duci?
Soția: În oraș.
Soțul: Ți-am dat eu voie să pleci?
Soția: Nu îmi comanzi tu ce trebuie să fac!
Soțul (strigând): Ba îți comand, fir-ar să fie!
Soția (strigând): Îmi comanzi pe naiba!

Subsistemele familiale

Familia este considerată un sistem compus din mai multe subsisteme: marital (soț-soție), parental (mamă-tată), fratern (copii) și extins (bunici, rude și chiar alte persoane cum ar fi învățătorul sau preotul).

Membrii familiei intracționează pentru a duce la îndeplinire sarcini care sunt absolut necesare pentru buna funcționare a unui anumit subsistem, precum și a sistemului familial în ansamblu.

Fiecare membru al familiei joacă roluri diferite în cadrul unor subgrupuri. Astfel, George este tată în sistemul parental, soț în cadrul celui marital și al treilea membru al unei fratrii din cadrul familiei sale de origine.

Susbsistemele familiale sunt determinate de o serie de factori cum ar fi vârsta, sexul, interesele comune și atribuțiile de rol. Ele sunt de asemenea definite de sisteme de reguli și interrelații.

Terapia structurată de familie postulează faptul că subsistemele îndeplinesc diferite sarcini și funcții.

Atunci când membrii unui subsistem pătrund în cadrul altui subsistem căruia nu îi aparțin, apar, de regulă, situații problematice. De pildă, viața sexuală aparține subsistemului marital. Atunci când copiilor le este permis să devină martori, să cerceteze sau să investigheze viața sexuală a părinților, aceștia pătrund în mod nejustificat în cadrul subsistemului marital.

Este lesne de înțeles faptul că părinții trebuie să le permită copiilor să-și formeze propriul sistem de relații interpersonale.

Limitele (barierele)

Reprezintă barierele emoționale care protejează și mențin integritatea indivizilor, subsistemelor și familiilor în ansamblu. Limitele reglează nivelul contactelor pe care un anumit individ le are cu ceilalți și se situează pe o linie continuă de la limite foarte stricte până la unele cu caracter difuz.

Limitele rigide conduc la apariția unor bariere de nedepășit între subsistemele familiale, precum și între acestea și lumea externă. Astfel, datorită barierelor dintre generații, părinții și copiii pot să nu se înțeleagă unii cu alții.

Aceste limite rigide conduc la izolarea și lipsa de comunicare dintre indivizi și subsisteme, interrelațiile deteriorându-se, cum se întâmplă în cazul în care un adolescent a lipsit mult de la școală, iar părinții, contactați de dirigintă, nici nu au remarcat acest lucru.

Scanned with OKEN Scanner

La celălalt pol se situează barierele difuze care permit o imixtiune nejustificată a membrilor familiilor unii în viața celorlalți, cum se întâmplă în familiile excesiv de protectoare care îi fac pe copii dependenți și îi împiedică să-și formeze un sistem de relații în exterior.

Între cele două extreme se situează barierele adecvate care îi permit unui individ să-și găsească propria identitate păstrând și sentimentul de apartenență la sistemul familial.

Familiile sănătoase au capacitatea de a face față stresului vieții cotidiene, menținând unitatea sistemului, fiind, în același timp, suficient de flexibile pentru a accepta restructurări și pentru a veni în întâmpinarea nevoilor și dorințelor membrilor familiei.

Obiectivele terapiei de familie structurate sunt (Corey, 2001):

- reducerea simptomelor și disfuncțiilor individuale;
- realizarea unor modificări structurale la nivelul sistemului familial, menite să modifice regulile de funcționare ale familiei și să construiască bariere de tip adecvat.

Colapinto (2000) consideră că prin eliberarea membrilor familiei de tirania rolurilor și funcțiilor cu caracter stereotip, sistemul familial își va mobiliza resursele și va contribui la optimizarea capacității indivizilor de a face față stresului.

Mai precis, obiectivul demersului terapeutic constă în construirea unei structuri ierarhice eficiente în cadrul familiei, astfel încât părinții să aibă grijă de copii și să le acorde libertate și independență pe măsură ce aceștia se maturizează.

Sarcina terapeutului constă în a determina familia ca un tot unitar să se angajeze activ în demersul de restructurare a modului său de funcționare.

Se stabilesc limite clare, interacțiunile dintre membrii familiei trebuie să devină mai flexibile, iar structura disfuncțională se modifică.

Terapeutul va lucra asupra unor situații specifice, va elabora scenarii, va atribui roluri și sarcini membrilor familiei și apoi va asista în calitate de spectatori, observând interacțiunile dintre membrii familiei.

Demersul terapeutic oscilează între acordarea de sprijin și adresarea de provocări între adoptarea strategiilor la nevoile familiei și negocieri realizate cu membrii acesteia.

Așa cum am mai subliniat, terapeutul va juca un rol activ în cadrul terapiei de familie, ceea ce îi va permite să intervină în modificarea structurii acesteia și nu doar în soluționarea problemelor de moment.

În cadrul alianței terapeutice trebuie să se țină seama de particularitățile și nevoile membrilor familiei, lucrându-se cu fiecare și în avantajul fiecăruia dintre aceștia.

Strategiile terapeutice au un caracter activ, directiv sunt riguros planificate și au un caracter eclectic.

Cele mai frecvent utilizate sunt următoarele (Corey, 2001, p. 421):

Scanned with OKEN Scanner

• Elaborarea diagramei familiei

Presupune identificarea barierelor sau limitelor, rigide, difuze sau clar precizate, a stilurilor de interacțiune (tranzacționare) care pot fi de tip imixtiune sau dezangajare.

Pe parcursul terapiei pot fi elaborate mai multe astfel de diagrame care vor fi utlizate în cadrul procesării terapeutice.

• Prescrierea unor scenarii

Terapeutul va cere membrilor familiei să se angajeze în anumite situații conflictuale între ședințele de psihoterapie. Acest lucru îi permite să observe modul de interacțiune între membrii familiei și să tragă concluzii referitoare la structura familiei.

De asemenea, terapeutul va bloca funcționarea anumitor modele de interacțiuni, va evalua capacitatea familiei de a se supune unor reguli diferite și îi va încuraja pe membrii acesteia să experimenteze reguli mai eficiente.

Schimbarea terapiei va avea loc mai curând în urma acestor acțiuni concrete decât a discutării problemelor familiei (Colapinto, 2000).

• Reetichetarea

Se referă la realizarea unei interpretări diferite a problemelor familiei, care vor fi examinate într-o lumină nouă și perspective diferite.

În felul acesta devine posibilă înțelegerea structurii familiale, care a condus la apariția problemei unui anumit individ, care nu mai poartă întreaga răspundere pentru situația creată.

Scanned with OKEN Scanner

II. Intervenţia cognitiv-comportamentală în situaţii de criză

Freeman şi Datillio (2000) sunt de părere că intervenţia terapeutică pentru situaţiile de criză se justifică ţinând seama de situaţia actuală de pe planeta noastră, zdruncinată de războaie, atentate teroriste, catastrofe naturale, modificări climatice sau de creşterea îngrijorătoare a ratei criminalităţii.

Inundaţile, incendiile, cutremurele, tornadele, atentatele cu bombă, confruntările armate reprezintă situaţii care conduc la pierderi de vieţi omeneşti, mutilări pun în pericol viaţa unor persoane.

Goldenberg (1983) consideră că o criză psihologică implică o pierdere, o ameninţare cu pierderea sau o modificare majoră în ceea ce priveşte relaţia subiectului cu sine însuşi sau cu o persoană semnificativă.

Criza nu este generată totdeauna de evenimente externe, ci mai ales de modalitatea de interpretare a acestora de către individ, precum şi de perceperea capacităţii sau incapacităţii sale de a face faţă situaţiei.

Din acest motiv, aflaţi în aceleaşi împrejurări, diverşi subiecţi se comportă diferit, făcând faţă situaţiei mai eficient sau mai puţin eficient.

Cu alte cuvinte, criza se manifestă atunci când stresul şi tensiunea la care este supus individul atinge nivele care depăşesc starea normală (Greenstone şi Leviton, 1993).

Burgess şi Holstorm (1974) consideră că o criză apare atunci când echilibrul homeostatic al individului sau grupului este perturbat, făcând imposibilă adaptarea eficientă la situaţie.

În aceste condiţii, individul va dezvolta o serie de simptome care reprezintă indicatorii clinici ai stării de criză, iar grupul va deveni ineficient şi va avea tendinţa să se autodizolve.

Intervenţia psihologică în situaţiile de criză îşi propune rezolvarea situaţiei imediate şi restabilirea echilibrului cel puţin la nivelul anterior de funcţionare (Aqguilera, 1990).

Rosenbaum şi Calhoun (1977) consideră că în situaţia de criză acţionează anumiţi factori precipitatori cu acţiune limitată în timp, care perturbă abilităţile indivizilor de a face faţă existenţei şi de a rezolva probleme.

Scanned with OKEN Scanner

Slaiku (1990) consideră criza ca „o stare temporară de dezorganizare, caracterizată în principal prin incapacitatea individului de a face față unei situații specifice prin utilizarea unor modalități de rezolvare de probleme, precum și prin existența unui final pozitiv sau negativ (apud. Freeman și Dattilio, 2000, p. 2).

Reacțiile cele mai frecvent întâlnite în situațiile de criză sunt depresia și anxietatea, dar există și posibilitatea apariției unei dezorganizări psihice mai severe care include confuzia în plan cognitiv, comportamental (subiectul acționează într-un mod care nu îi este caracteristic și nu este eficient) sau emoțional (labilitate afectivă). Starea de confuzie în stadiul cel mai sever poate îmbrăca forma unei psihoze reactive.

Chiar în cazurile mai puțin grave, atunci când echilibrul persoanei este perturbat, subiectul devine anxios, flexibilitatea sa cognitivă diminuă, abilitățile de rezolvare de probleme este perturbată, iar negarea sau evitarea pot deveni strategiile adaptative cel mai frecvent utilizate.

Majoritatea indivizilor aflați în astfel de situații de criză eșuează atunci când pun în acțiune strategiile obișnuite de rezolvare de probleme și se simt depășiți de situație.

Printre consecințele negative ale stării de criză se numără alterarea stării de sănătate fizică și psihică, pierderea unor bunuri, a unor persoane apropiate, pierderea stimei de sine sau a stimei celorlalți.

Slaiku (1990) nu exclude nici posibilitatea ca situația de criză să aibă și consecințe pozitive, cum ar fi confruntarea cu experiențe noi, achiziționarea de noi deprinderi, abilități și comportamente sau înțelegerea profundă a unor aspecte filozofice ce țin de destinul omului și de vulnerabilitatea acestuia.

Mai exact, criza poate conduce la dezorganizare dar și la evoluția ființei umane pe un plan superior.

Erick Erickson (1951) consideră că omul străbate de-a lungul vieții mai multe crize (el a identificat opt la număr) previzibile și în funcție de maniera în care acestea sunt rezolvate sau rămân nerezolvate individul se dezvoltă într-o direcție sau alta.

Rezolvarea sau nerezolvarea crizelor existențiale determină evoluția individului în plan personal, familial, cultural, în ceea ce privește schemele de sex-rolul precum și schemele cognitive specifice vârstei (Freeman, 1993).

Aceste scheme cognitive vor reprezenta fundamentul pe care se va structura comportamentul individului. Descoperind natura tipurilor specifice de comportament care derivă din rezolvarea sau nerezolvarea unei anumite crize specifice vieții individului, terapeutul va putea înțelege modul de funcționare a strategiilor și stilurilor adaptative ale individului și își va construi intervenții cât mai eficiente pentru a-i ajuta pe subiecți și familiile acestora să depășească situațiile de criză.

Schemele cognitive reprezintă structuri care organizează procesarea informațiilor și care contribuie la înțelegerea unor experiențe de viață.

Scanned with OKEN Scanner

Beck (1967; 1976) considera că aceste scheme generează distorsionările cognitive care apar la persoanele cu probleme psihopatologice, ele accentuând sau reducând vulnerabilitatea persoanei la diversele situații cu care se confruntă. Ele reprezintă reguli de bază care se formează în copilăria timpurie și se fixează aproximativ la jumătatea vârstei copilăriei, reprezentând experiențe acumulate în urma interacțiunilor cu grupul familial, etnic, religios, de gen, regional, precum și cu societatea în ansamblul ei.

Nivelul de extensiune, precum și efectele unei scheme cognitive asupra existenței individului depind de următorii factori (Freeman și Dattilio, 2000, p. 5):

– nivelul de structurare a schemei;

– importanța pe care individul o acordă schemei cognitive pentru securitatea, bunăstarea sau existența sa;

– informațiile anterioare referitoare la însemnătatea unei anumite scheme;

– cât de timpuriu a fost interiorizată respectiva schemă;

– de către cine și cât de puternic a fost întărită schema.

Schemele cognitive pot fi active sau latente, cele active guvernând viața de zi cu zi a subiectului. Schemele latente devin active în condiții de stres.

Este important de subliniat și faptul că schemele cognitive se află într-un permanent proces de schimbare și evoluție. Datele din mediul înconjurător sunt preluate de individ numai în măsura în care acestea corespund experienței sale subiective. Procesul evolutiv presupune faptul că structurile perceptive și cognitive capătă noi funcționalități prin intermediul asimilării unor experiențe, iar noile structuri cognitive care se dezvoltă vor îndeplini vechi funcții în situații noi (acomodare). Unii indivizi persistă în utilizarea vechilor structuri fără a le adapta noilor condiții, fapt ce conduce la eșecul acomodării sau al elaborării unor noi structuri cognitive.

Conținutul unei scheme cognitive poate fi dedus prin analizarea gândurilor automate si a comportamentului subiectului.

Abordarea terapeutică cognitiv-comportamentală va începe prin focalizarea demersului terapeutic asupra gândurilor negative automate și apoi a schemelor cognitive care stau la baza acestora, și va avea ca obiectiv analizarea sistemului de convingeri și supoziții referitoare la propria persoană, lume, viață sau viitor.

Urmează abordarea stilului relațional al individului, a modalităților prin intermediul cărora acesta intră în relații cu cei din jur.

În continuare, terapeutul îl va ajuta pe client să-și modifice comportamentele pentru a obține o mai bună adaptare la mediu. Aceasta înseamnă învățarea unor noi modalități de răspuns, implementarea acestora în practică și evaluarea rezultatelor obținute.

Caracteristicile abordării terapeutice cognitiv-comportamentale o determină să fie ideală pentru situațiile de criză.

Aceste caracteristici sunt următoarele:

1. Caracterul activ al demersului terapeutic și de consiliere.

Scanned with OKEN Scanner

Clientul este invitat să devină parte activă a terapiei, fapt ce îl ajută să-şi recapete autocontrolul asupra propriei sale existenţe.

2. Caracterul obiectiv constă în aceea că terapeutul reprezintă motorul terapiei, acesta având rolul de a ghida demersul terapeutic. El va construi ipoteze, va aplica tehnica descoperirii dirijate, îl va încurajă şi sprijini pe pacient, va acţiona ca manager al situaţiei terapeutice şi, în unele cazuri, va fi chiar avocatul pacientului.

3. Caracterul structural al terapiei

Terapeutul va elabora o listă de probleme care îl va ajuta pe client să stabilească obiectivele terapiei şi să evalueze rezultatele acesteia.

Structurarea este deosebit de importantă pentru pacientul aflat în stare de criză care se găseşte într-un anumit stadiu de dezorganizare psihică.

Stabilirea agendei şedinţelor de terapie va contribui la obţinerea a maximum de succes în minimum de timp, pentru ca terapeutul şi clientul nu vor mai bâjbâi în timpul unei şedinţe, ci vor şti exact pe ce anume trebuie focalizată strategia terapeutică.

4. Caracterul limitat în timp al demersului terapeutic îl recomandă, de asemenea, pentru abordarea situaţiilor de criză.

Terapia oscilează între 6 şi 50 de şedinţe şi este negociabilă la fel ca şi durata unei anumite şedinţe.

5. Caracterul colaborativ al terapiei

Terapeutul şi clientul vor lucra în echipă. Colaborarea nu este însă totdeauna echilibrată deoarece cu cât clientul este mai sever perturbat, cu atât acesta va avea mai puţină energie pentru a depune eforturi în timpul terapiei, rolul terapeutului fiind determinant.

În astfel de situaţii terapeutul va căuta să-l ajute pe pacient să-şi utilizeze la maximum energia existentă şi să-şi sporească potenţialul energetic.

6. Caracterul dinamic presupune evaluarea rapidă a gândurilor negative individuale în vederea accesării schemelor cognitive care stau la baza acestora.

7. Caracterul educaţional se referă la faptul că în timpul terapiei se urmăreşte crearea unor deprinderi de rezolvare de probleme şi de a face faţă solicitărilor existenţei.

Pacienţii vor învăţa să-şi gestioneze gândurile automate şi să-şi corecteze comportamentele disfuncţionale.

Deprinderile achiziţionate îi vor ajuta pe pacienţi să facă faţă unor confruntări cu situaţiile stresante viitoare.

8. Caracterul interpersonal al demersului terapeutic se referă la importanţa acordată schemelor cognitive care stau la baza relaţiilor clientului cu persoanele semnificative din anturajul său.

Obiectivele intervenţiei cognitiv-comportamentale în situaţii de criză sunt următoarele (Freeman şi Dattilio, 2000):

- evaluarea corectă a situaţiei de criză;

Scanned with OKEN Scanner

- evaluarea repertoriului de abilități de a face față crizei, abilități de care dispune individul în cauză;
- generarea unui set de gânduri, percepții și comportamente alternative (în foarte multe cazuri este necesară formarea unui repertoriu de deprinderi de rezolvare de probleme).

Terapeutul care va lucra cu pacienți aflați în situație de criză va trebui să aibă în vedere următoarele aspecte:

– caracterul temporar al crizei;

– caracterul perturbator al situației;

– dezorganizarea persoanei.

În ceea ce privește acest din urmă aspect, terapeutul va trebui să ofere clientului ale cărui gânduri, sentimente și acțiuni sunt confuze și dezorganizate, o anumită structurare a demersului de rezolvare de probleme. De pildă, o pacientă care fusese victima unui viol se simțea depășită de gândurile, imaginile și sentimentele legate de viol și trăia o stare de confuzie referitoare la informațiile contradictorii pe care le primea și care se refereau fie la aspecte medico-legale, fie la surse de amenințare.

Pacienta își descria gândurile ca pe niște vehicule care alergau în toate direcțiile, terapeutul asumându-și rolul de a o ajuta să și le ordoneze.

– reducerea consecințelor situației de criză de la unele catastrofale, la unele rezonabile.

Evaluarea psihologică a clienților aflați în situație de criză

Demersul evaluativ prezintă în astfel de cazuri o importanță crucială mai ales datorită faptului că situația poate să devină critică și necesită o intervenție imediată.

În același timp, evaluarea în astfel de cazuri este mult mai dificilă, pentru că trebuie realizată mult mai rapid și adesea în condiții îngreunate.

Greenstone și Leviton (1993) propun următoarele etape ale evaluării pentru situațiile de criză:

1. Caracterul imediat

Intervenția va trebui să înceapă de îndată ce terapeutul care intervine întâlnește persoana aflată în situație de criză.

Acesta va trebui să evalueze rapid situația, să reducă anxietatea subiectului, să prevină o posibilă dezorganizare viitoare și să se asigure de faptul că victima nu-și va face rău ei însăși sau celor din jur.

2. Asumarea controlului

Nu are menirea de a asigura terapeutului un ascendent asupra victimei, ci de a stabili o anumită ordine în haosul pe care îl trăiește aceasta în timpul crizei până când își va recâștiga autocontrolul.

Scanned with OKEN Scanner

În același timp, terapeutul va trebui să abordeze situația de criză cu grijă și prudență pentru a nu genera suferințe suplimentare, rămânând stabil emoțional, suportiv, stăpân pe sine, capabil să controleze emoțional victima.

Studiile clinice au evidențiat faptul că victimele răspund pozitiv la tentativele de stabilizare și structurare a situației dacă percep sinceritatea și bunele intenții ale persoanei care realizează intervenția.

3. Evaluarea propriu-zisă

Intervenția în situațiile de criză implică o evaluare rapidă care să permită terapeutului să înțeleagă cum anume și de ce se află individul în criză la un moment dat și care este problema care trebuie abordată prioritar.

Terapeutul va trebui să identifice variabilele care contribuie la menținerea crizei și să găsească cele mai eficiente metode de intervenție care să acționeze în momentul respectiv.

În cazul în care timpul permite, pot fi utilizate și anumite inventare standardizate cum ar fi. de pildă, D.S.M. IV (SCID-UP-R), versiunea Upjohn. Aceasta reprezintă versiunea prescurtată a Interviului Clinic Structural pentru Situații de Criză (Spitzer și Williams, 1986).

4. Decizia în legătură cu maniera în care va fi abordată situația în urma evaluării și care presupune alegerea strategiei optime pentru un anumit individ aflat în situație de criză.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală pentru persoanele aflate în situații de criză are mai multe etape (Freeman și Dattilio, 2000)

- Stabilirea relației psihoterapeutice și construirea raportului

Pentru a putea ajuta un individ aflat în situație de criză, terapeutul trebuie să-i câștige încrederea.

Acesta trebuie să abordeze clientul cu o atitudine non-evaluativă, să manifeste interes și grija pentru problemele acestuia.

- Evaluarea gradului de severitate a crizei

O astfel de evaluare îl va ajuta pe terapeut să identifice pericolele fizice imediate, să obțină informații referitoare la schemele cognitive de bază care dirijează comportamentul clientului și să stabilească o listă a problemelor care trebuie rezolvate. De cele mai multe ori dezorganizarea și starea de confuzie în care se află clientul îl împiedică pe acesta să-și definească precis problemele.

În același timp, terapeutul nu va trebui să se focalizeze prea devreme asupra unei probleme specifice pentru a nu le pierde din vedere pe celelalte.

- De îndată ce lista de probleme este alcătuită și prioritățile stabilite, terapeutul îl va ajuta pe client să-și mobilizeze resursele pentru a-i face față.

Acestea pot fi resurse externe (să apeleze pentru sprijin la prieteni) sau interne, care țin de anumite disponibilități latente (abilități, deprinderi) pe care pacientul nu le-a utilizat până în prezent.

Scanned with OKEN Scanner

- Etapa a patra este dedicată elaborării comune de către terapeut și client a unor planuri concrete de acțiune (rezolvare de probleme cu caracter colaborativ).

Un element esențial al acestei colaborări îl reprezintă motivarea clientului pentru a participa la punerea în practică a planului de acțiune.

De regulă planurile respective includ demersuri de rezolvare de probleme.

În cazul în care situația este de așa natură încât demersul colaborativ de rezolvare de probleme nu se poate aplica, terapeutul va acționa într-o manieră mai directivă pentru a-l sprijini pe client să ia decizia cea mai corectă.

- Etapa finală va avea ca obiectiv verificarea în practică a gândurilor alternative realiste și a noilor modalități de acțiune.

Deprinderile de a face față problemelor ridicate de situația de criză vor fi evaluate sub aspectul eficienței, strategiile fiind ajustate în funcție de datele realității.

Terapeuții care lucrează cu persoane aflate în stare de criză sunt supuși unei presiuni psihologice deosebite, adesea aceștia reprezentând unica legătură pe care pacienții cred că o mai au cu lumea exterioară.

Chiar în cazul în care nu este vorba de situații de viață sau de moarte, percepția subiectivă a clienților îi determină să se simtă puternic amenințați.

Freeman și Dattilio (2000, p. 13) disting următoarele categorii de pacienți aflați în criză:

1. Tipul adolescentin

Subiectul poate să fie sau să nu fie adolescent sub aspectul vârstei cronologice. Acesta a trecut printr-o serie de experiențe de viață care au o legătură cu imaginea de sine.

Acești pacienți se tem foarte tare să manifeste orice semn de vulnerabilitate, dependență, slăbiciune sau lipsă de încredere în sine.

Din acest motiv, orice solicitare de ajutor va fi privită de ei ca o amenințare serioasă la adresa imaginii de sine.

Schema cognitivă de bază a acestor subiecți se structurează în jurul conceptelor de pierdere, dependență și teamă.

2. Tipul izolat

Acești indivizi sunt atât de stresați încât au pierdut motivația de a iniția contacte sociale. Situația de criză gravitează în jurul interacțiunilor sociale sau al lipsei de implicare socială. Problemele lor principale constau în absența abilităților sociale, teama de respingere, pasivitate și apatie.

Schema cognitivă postulează faptul că dacă nu vor primi garanții absolute de recunoaștere și sprijin, ei vor refuza să se implice în plan social.

3. Tipul disperat

Subiectul se află în stare de șoc și are o nevoie disperată de ajutor imediat.

Șocul poate reprezenta consecința unui dezastru natural sau a unei pierderi psihologice. Ca rezultat al acestui șoc individul a pierdut contactul cu realitatea sau

Scanned with OKEN Scanner

acest contact este foarte mult slăbit, terapeutul reprezentând o ultimă legătură cu lumea reală.

Adesea o simplă adresare pe un ton cald şi protector este suficientă pentru a-l scoate pe individ din starea de disperare.

4. Tipul accidental aflat în stare de criză

În acest caz este vorba de o persoană relativ normală, stabilă emoţional.

Deşi situaţiile de criză în care se pot afla astfel de subiecţi variază semnificativ, motivele care îi determină să solicite ajutor prezintă anumite aspecte comune. Astfel, aceştia se vor adresa terapeutului pentru a primi sprijin în soluţionarea unei situaţii specifice, pentru astfel de persoane fiind indicată o abordare cognitivă de scurtă durată.

Subiecţii au nevoie de un sfat sau de o persoană care să-i ajute să elaboreze planuri alternative de acţiune.

5. Tipul pacientului cronic

Aceşti pacienţi solicită sprijin terapeutic pentru încă o situaţie dintr-o serie de evenimente stresante care au acţionat asupra lor. Ei vor fi gata să ceară ajutor în orice moment şi vor găsi totdeauna pe cineva gata să-i asculte şi să-i sprijine în depăşirea crizei.

Pacienţii care fac parte din această categorie au învăţat, datorită frecventelor contacte cu terapeuţi şi consilieri, că nu au nevoie să se descurce singuri.

Situaţia lor seamănă cu cele postulate de vechii înţelepţi chinezi: „dacă dai unui om un peşte îl vei hrăni o zi, dacă îl înveţi să pescuiască, se va hrăni singur toată viaţa".

Aspecte specifice ale intervenţiei cognitive în situaţii de criză (Freeman şi Dattilio, 2000, p. 15)

1. Caracterul confidenţial al demersului terapeutic

În situaţiile de criză este foarte important ca terapeutul să ştie exact când anume să păstreze confidenţialitatea şi când să o încalce. Astfel, atunci când se confruntă cu situaţii care pun în pericol viaţa clientului sau pe cea a altor persoane, terapeutul nu mai este constrâns de jurământul de confidenţialitate, având dreptul să anunţe poliţia, alte instituţii sau persoane semnificative din anturajul clientului.

2. Modul de funcţionare cognitivă

Acesta se referă la capacitatea de înţelegere, de procesare a informaţiilor, de sesizare a unor aspecte esenţiale ale unei situaţii.

Dezorganizarea psihică generată de o situaţie de criză poate afecta semnificativ eficienţa cognitivă a clientului. Din acest motiv, explicaţiile şi încurajările pe care le administrează terapeutul trebuie exprimate într-un limbaj simplu, clar, care să ţină seama de nivelul cultural al clientului, de limba sa maternă, precum şi de nivelul de perturbare emoţională produsă de starea de criză.

Scanned with OKEN Scanner

3. Doliul și pierderea

Orice situație de pierdere reduce capacitatea individului de a face față existenței, fie că este vorba de decesul unei persoane apropiate, fie de spitalizarea acesteia.

Mai mult, există situații de criză, cum ar fi de pildă cele produse de catastrofe naturale, care conduc la diminuarea capacităților intelectuale și fizice ale persoanei datorate unor traumatisme. Terapeutul care lucrează cu astfel de clienți va trebui să realizeze distincția dintre o pierdere reală și una imaginră și să se comporte în consecință.

Acesta va trebui să adopte o atitudine echilibrată care să oscileze între menținerea speranței și confruntarea cu realitatea, încurajând clientul sau familia să opteze pentru acele tratamente cu șansa cea mai mare de succes, să se pregătească sufletește pentru ce este mai rău, sperând în același timp în mai bine.

În cazul pierderii unei persoane apropiate, clientul trebuie sprijinit să conștientizeze, să accepte și să trăiască starea de doliu ca fiind o stare normală, firească și necesară.

Studiu de caz

Manole, un pensionar, în vârstă de 66 de ani, a fost internat de urgență la spitalul Floreasca pentru un atac cerebral.

Soția sa, Maria, de 57 de ani, l-a însoțit în salvare și a rămas împreună cu el la terapie intensivă.

La început medicilor nu le-a fost clar dacă Manole va supraviețui. După ce a fost stabilizat s-a constatat că a suferit un atac masiv care i-a afectat atât zona motorie cât și pe cea responsabilă de limbaj.

Manole, antrenor de handbal, a fost totdeauna o persoană activă. El făcea jogging în fiecare dimineață, mergea pe munte și juca tenis împreună cu soția.

Aflată la căpătâiul lui, Maria repeta ca un automat „el va alerga din nou în curând, o să vedeți...", „el nu a fost niciodată bolnav...".

Când medicii i-au spus că Manole va avea nevoie de o recuperare de lungă durată, iar rezultatele vor fi modeste, Maria a continuat să-și repete incantațiile legate de recuperarea rapidă a soțului.

În acest caz, obiectivul intervenției pentru situații de criză a fost ajutarea soției să-și construiască expectații pozitive luând în același timp în considerare severitatea diagnosticului. Dacă aceasta ar fi continuat să aibă expectații nerealiste, respingând ideea pierderii omului pe care l-a cunoscut acum 35 de ani, sau exprimând față de Manole solicitări la care acesta nu putea răspunde, familia ar fi fost amenințată de serioase conflicte interpersonale și intrapsihice.

4. Personalitatea premorbidă, stilul de viață și interesele

Stilul interpersonal, interesele, opțiunile de viață sau conflictele intrapsihice pot influența modul în care subiectul reacționează în situația de criză.

De regulă individul dependent va reacționa la traumă solicitând ajutor și asigurări, pe când o persoană autonomă va refuza ajutorul sau orice formă de terapie.

Scanned with OKEN Scanner

Un subiect interiorizat și puternic poate deveni neajutorat într-o situație de criză în timp ce o persoană considerată slabă se poate mobiliza eficient în condiții de stres.

Aceste modalități diferite de reacție se explică prin activarea schemelor latente sub influența psihotraumei (Freeman, 1993; Freeman și Leaf, 1989). De îndată ce situația stresantă a dispărut, individul se va întoarce la stilul său anterior de funcționare psihică.

Studiu de caz

Grigore, un ofițer în vârstă de 48 de ani, a fost lovit de un camion în timp ce își conducea autoturismul pe șosea.

El a suferit un traumatism craniocerebral și se punea problema dacă va supraviețui sau nu. Familia își făcea griji în legătură cu soția sa Elena, casnică și cu mai multe probleme psihice și somatice, despre care se credea că nu se va putea descurca fără soțul ei.

Grigore a decedat, și spre surprinderea tuturor, Elena s-a mobilizat, devenind suportul întregii familii.

Timp de trei săptămâni ea s-a comportat deosebit de eficient, a întreprins cele necesare pentru înmormântare, s-a ocupat de copii și a perfectat cu actele pentru succesiune.

Imediat ce a încheiat ceea ce avea de făcut, Elena a suferit o cădere psihică și a fost internată la psihiatrie cu diagnosticul de sindrom depresiv-anxios, clienta revenind la modul ei obișnuit de funcționare.

5. Discrepanța dintre dificultatea actuală și cea percepută de a face față situației stresante

Terapeutul va trebui să-l ajute pe client să dezvolte expectații realiste în ceea ce privește capacitatea de a face față situației, demersul recuperator și chiar supraviețuirea.

Studiu de caz

Ion, un zidar în vârstă de 31 de ani, a suferit un accident de muncă în timp ce lucra la o construcție. După ce a fost stabilizat, pacientul relata faptul că nu își simte deloc picioarele.

În urma telefonului primit, soția sa împreună cu mama ei și cu trei copii de 2, 4 și 7 ani au năvălit la secția de terapie intensivă și au început să se lamenteze.

În ciuda rezultatelor bune obținute la investigațiile imagistice și a asigurărilor date de medici că pacientul se va recupera total, soția și soacra au continuat să manifeste o atitudine pesimistă, ele lamentându-se că Ion va rămâne paralizat într-un scaun cu rotile nu va fi capabil de muncă și în cele din urmă va muri.

În ciuda datelor medicale pozitive, recuperarea pacientului a fost mult mai dificilă decât ar fi fost de așteptat.

6. Întărirea pozitivă a fiecărui succes terapeutic

Frecvent reacția la o situație de criză implică și depresie. Pacientul dezvoltă o atitudine negativă față de propria persoană („nu voi fi în stare să mă descurc"), față

de lume („este nedrept", de ce mi s-a întâmplat tocmai mie aceasta?" etc.) și față de viitor („nu se va sfârși niciodată suferința mea"; „în cele din urmă voi muri").

Pentru ca starea depresivă să nu frâneze demersul terapeutic, este necesară încurajarea permanentă a clientului, identificarea și întărirea celui mai neînsemnat progres.

Studiu de caz

Maria, o economistă în vârstă de 26 de ani, s-a prezentat la psihoterapie pentru starea produsă de ruperea unei relații. Atunci când logodnicul ei i-a comunicat faptul că nu mai dorește să se căsătorească cu ea, clienta a încercat să se sinucidă cu o supradoză de medicamente, situație care a adus-o la spitalul de urgență Floreasca.

Înainte de tentativă, Maria nu s-a dus la serviciu iar prietena ei spunea că avea o voce stinsă și că nu vedea în față decât zile nesfârșite, lipsite de speranță, considerând că singura soluție era moartea.

După ce a fost stabilizată în plan somatic, terapeutul a ajutat-o să identifice și să modifice o serie de gânduri negative care îi produceau depresie: „niciodată nu voi mai întâlni pe cineva care să mă iubească", „nu mă voi căsători", „nu voi avea copii" etc.

Odată înlocuite aceste gânduri cu unele mai realiste, starea depresivă s-a ameliorat simțitor, medicul psihiatru fiind de acord cu reducerea semnificativă a medicației antidepresive.

Într-o etapă ceva mai avansată a terapiei, terapeutul și-a propus să o ajute pe clientă să se înarmeze cu anumite strategii care să-i permită să facă față și altor pierderi care s-ar putea produce în viitor.

7. Accentuarea aspectului colaborativ al relației terapeutice

Așa cum am mai subliniat, terapeutul trebuie văzut de client ca o persoană caldă, suportivă, competentă, a cărei sarcină constă în a crea și menține o bună alianță terapeutică.

Ținând seama de natura situației de criză, relația terapeutică trebuie creată imediat și trebuie să se bazeze pe empatie și mai puțin pe compasiune, pentru că pacientul are nevoie de o persoană care să-i înțeleagă realitatea interioară și să-l ajute să dobândească strategii de a face față stresului.

Studiu de caz

Ana și-a pierdut familia într-un incendiu. Ea se simțea vinovată pentru că nu a pierit împreună cu ai ei. Vecinii și rudele și-au manifestat compasiunea față de ea, preotul de la biserica de care aparținea a vizitat-o la spital, iar colegii fiului ei i-au trimis scrisori de condoleanțe. Nimic din toate acestea nu a ajutat-o însă. La un moment dat, Ana s-a enervat când a primit o scrisoare în care cineva își exprima compasiunea. În acel moment sora ei a întrebat-o: „Ce anume dorești de la acești oameni; ei fac tot posibilul să-ți arate ce simt".

Răspunsul Anei a fost că ceilalți își exprimă propriile sentimente, dar nimeni nu încearcă să înțeleagă ce simte ea.

Scanned with OKEN Scanner

Obstacolele ce stau în calea schimbării

Există nenumărate persoane inteligente, educate, talentate, sensibile care au tendința de a repeta la nesfârșit aceleași greșeli, intrând mereu în tot felul de situații critice.

Este important pentru terapeut să-i ajute pe oameni să-și identifice stilul specific de gândire și relaționare și să-și însușească strategii de depășire a rezistențelor la schimbare.

Piedicile sau obstacolele care stau în calea schimbării se pot referi la insuficienta practicare a noilor modele de comportament, la stresori din ambianță care interferă cu procesul schimbării, convingerile personale referitoare la posibilitatea schimbării, gândurile legate de consecințele schimbării asupra propriei persoane sau familiei, convingerile celorlalți referitoare la necesitatea menținerii stării anterioare, beneficiile secundare (avantaje materiale, faptul de a fi în centrul atenției etc.), lipsa motivației, rigiditatea, obiectivele vagi sau nerealiste.

Abilitățile de a face față factorilor stresanți, precum și faptul că același stresor poate declanșa o criză la un individ și nu o produce la altul depinde de nivelul individual de vulnerabilitate a subiectului.

În același timp, acest nivel individual al vulnerabilității poate varia de la situație la situație.

Factorii care reduc pragul de toleranță la stres poartă denumirea de factori de vulnerabilitate.

Freeman și Dattilio (2000, p. 20) ne prezintă o listă a acestor factori:

1. Boală organică acută

Vulnerabilitatea la stres este afectată atât de boli somatice grave, cât și de condiții mai puțin severe cum ar fi o migrenă sau o simplă viroză.

2. Boală cronică

Mai ales în cazul bolilor cronice grave, cu prognostic negativ, se constată la mulți subiecți o exacerbare a ideației suicidare.

3. Deteriorarea stării generale de sănătate cum ar fi, de pildă, cea specifică înaintării în vârstă.

4. Deprivarea de hrană

Observațiile clinice au evidențiat o creștere a incidenței tulburărilor depresive în urma aplicării unor diete severe sau la subiecți cu tulburări ale conduitei alimentare.

5. Mânia

S-a constatat că la indivizii furioși se reduce semnificativ capacitatea de rezolvare de probleme. Aceștia își pierd autocontrolul asupra impulsurilor și reacționează disproporționat la stimuli pe care în condiții normale tind să-i ignore.

6. Oboseala reduce, la rândul ei, atât capacitatea de rezolvare de probleme cât și autocontrolul impulsurilor.

7. Singurătatea

Scanned with OKEN Scanner

Persoanele izolate, singure, au tendința de a fi nefericite și de a trăi stări afective negative legate de această situație.

8. Pierderi majore

Pierderea unei persoane apropiate prin deces, divorț sau separare conduce frecvent la reacții de tip depresiv și la pierderea intereseului pentru propria persoană.

9. Capacitatea redusă de rezolvare de probleme

Există indivizi dotați cu o abilitate mai redusă de a rezolva eficient problemele de viață, deficiență care trece de regulă neobservată până când aceștia se confruntă cu o situație stresantă de intensitate mai mare.

10. Abuzul de substanțe poate crea două tipuri de probleme: acute, în cazul cărora judecata subiectului este perturbată datorită stării de intoxicație, și cronice, situație în care se constată o deteriorare semnificativă a structurilor cognitive, a autocontrolului emoțional și a personalității în anasamblu.

Frecvența ideilor și comportamentelor suicidare la persoanele care consumă substanțe de abuz este mult mai mare decât la alte categorii de subiecți.

11. Durerea cronică

Adesea persoanele care suferă de dureri cronice văd suicidul ca pe o ultimă soluție.

12. Deficitul în ceea ce privește controlul impulsurilor

Pacienții cu tulburare afectivă bipolară, cu tulburare de personalitate „borderline" (marginală), antisocială sau histrionică suferă, printre altele, și de un deficit în sfera controlării impulsurilor, fapt ce îi predispune la acte auto și heteroagresive.

13. Schimbarea condițiilor de viață

Schimbarea serviciului, a statutului marital, a locuinței, a statutului familial reprezintă stresori care acționează ca factori de vulnerabilitate.

Toți acești factori, individual sau în combinație, pot accentua potențialul suicidar sau pot favoriza reacții de tip anxios sau depresiv.

Trebuie subliniat faptul că factorii de vulnerabilitate au un efect cumulativ asupra reactivității individului, determinând intensitatea și forma reacției sale de criză.

Etapele intervenției în situația de criză

Prima etapă este *cea diagnostică* în care accentul se pune pe consecințele asupra persoanelor implicate dar și asupra motivelor care au dus la apariția situației de criză.Informațiile colectate vor fi utile înțelegerii și clarificării relațiilor în care sunt implicate persoanele.

Colectarea informațiilor presupune corelarea diverselor date existente în toate documentele la care are acces consilierul, cu observarea directă a situațiilor, reacțiilor, interacțiunilor; cu interviul cu persoana în cauză (în care nu doar ceea ce

Scanned with OKEN Scanner

se spune este important, ci mai ales felul în care se spune) şi eventual cu informaţiile provenite de la diversele persoane aflate în anturajul celor aflaţi în consiliere. De asemenea anumite teste psihologice recunoscute, adaptate pentru populaţia română pot fi utile cu condiţia ca teraepeutul să aibă experienţă în domeniu.

În general, colectarea de informaţii trebuie să vizeze următoarele zone de interes:

- abilităţile intelectuale, fizice, emoţionale, sociale ale persoanei pentru a se identifica aspectele în care necesită sprijin;
- relaţiile individului cu ceilalţi şi măsura în care există suport în cadrul grupului său de apartenenţă
- istoricul relaţiilor sale cu ceilalţi – dacă au apărut modificări şi în ce sens;
- aspecte care ţin de bunăstarea fizică şi psihică a individului.

Pe baza acestor informaţii se vor putea contura:

- factorii de risc (punctele vulnerabile, slabe);
- factorii de protecţie;
- anumiţi factori care în condiţii specifice ar putea juca un rol pozitiv (de protecţie) sau negativ (de vulnerabilizare).

Este necesar ca acest proces de strângere a datelor să fie unul benefic pentru persoana aflată în ciză, consilierul trebuind să se asigure că nu îi aduce deservicii acestuia. De asemenea, ceea ce oferă persoana aflată în criză trebuie tratat cu respect, chiar dacă aceasta nu spune adevărul în totalitate, fiind mai importantă înţelegerea motivului pentru care alege să prezinte lucrurile în acestă manieră (poate fi vorba despre teamă sau despre un alt factor distructiv).

După ce datele au fost colectate, acestea vor fi analizate, evaluate, într-un proces în care se fac conexiunile posibile, în cadrul teoretic ales.

Este foarte importantă o monitorizare atentă şi continuă a persoanelor aflate în situaţia de criză, cu sensibilitate şi receptivitate la datele noi care apar şi sunt relevante precum şi cu flexibilitate în introducerea lor în procesul intervenţiei. În acest caz este de maximă importanţă formaţia teoretică a practicianului. Cu cât aceasta este mai slabă cu atât căderea într-o rutină care inhibă întrebările, dar şi eficienţa este mai probabilă.

Cadrul teoretic reprezintă creierul intervenţiei, cel care:

- solicită un anumit tip de date;
- percepe datele;
- le procesează şi înţelege;
- le selectează pe cele relevante;
- conectează diferitele informaţii;
- ghidează intervenţia;
- face intervenţia flexibilă şi eficientă în funcţie de noile informaţii care apar.

În etapa de analiză şi evaluare se identifică punctele nevralgice ale situaţiei, problemele, nevoile care se manifestă şi se încearcă formularea problemei. Este etapa în care se evaluează:

Scanned with OKEN Scanner

- natura și gravitatea suferinței celor implicați;
- competențele și activitățile lor sociale, barierele care apar în manifestarea acestora;
- felul în care a fost afectat comportamentul individului, mecanismele lui defensive;
- de ce natură sunt factorii care întreține problema, reiterând situațiile de criză;
- care sunt factorii care ar putea proteja persoanele implicate;
- ce s-ar întâmpla dacă nu s-ar interveni deloc (cât de importantă este intervenția, dar și riscurile acesteia).

Toate aceste date vor orienta alegerea modalităților, a tehnicilor de intervenție.

Identificarea mecanismelor defensive dezvoltate de către cei implicați în situația de criză va finaliza această etapă de evaluare complexă a situației.

A două etapă a intervenției este constituită de *stabilirea scopurilor.*

Scopurile generale ale intervenției sunt următoarele:

- asigurarea securității fizice și psihice a persoanelor implicate în situația de criză;
- asigurarea confortului psihologic și a dezvoltării psiho-sociale optime;
- creșterea încrederii în sine, a sentimentului competenței, a înțelegerii relațiilor sociale, a capacității de reflecție asupra evenimentelor trecute și de planificare a celor viitoare, a autonomiei;
- contrazicerea modelelor internalizate de funcționare a lumii care reflectă insecuritatea individului prin dezvoltarea unor relații de încredere cu ceilalți;
- scăderea riscurilor și a factorilor de stres (de exemplu probleme neuro-biologice sau un temperament dificil, inadaptări: comportamente antisociale, psihopatii, depresii, consum de alcool, droguri, violență domestică, insatisfacții în viața de cuplu;
- creșterea influenței unor factori de sprijin, de protecție (concomitent cu contracararea acțiunii factorilor adverși); (de exemplu stare de sănătate bună, un temperament facil, autonomie, încredere în sine, orientare socială sănătoasă; abilitatea de a soluționa probleme; sentimentul eficienței care duce la creșterea încrederii în sine și a autonomiei; plăcerea de a fi împreună cu alții; viață de familie armonioasă, caldă);
- construirea unor sisteme de sprijin care să încurajeze și să întărească eforturile persoanei de a face față.

Următoarea etapă a intervenției o constituie *planificarea.*

Trebuie stabilită locația în care se va desfășura intervenția:

- acasă
- în cadrul unor servicii specializate

Scanned with OKEN Scanner

- în comunitate, în cadrul altor servicii:
- la locul de muncă.

Intervenţia poate fi centrată pe:

- individ;
- pe grup

Dacă intervenţia este centrată pe individ, discuţiile libere, informale, vor întări capacitatea şi disponibilitatea de reflecţie a persoanei cu privire la modul în care se vede pe sine şi pe ceilalţi şi modul în care se relaţionează cu lumea (mecanismele lui defensive). Astfel de discuţii au un caracter educativ şi formator în acelaşi timp, individul însuşindu-şi un mod mai comprehensiv de relaţionare cu ceilalţi şi manifestând o mai bună înţelegere a nevoilor celorlalţi. Discuţiile acestea au nevoie de o atmosferă informală, de acceptare totală, participativă. Psihoterapia vizează demontarea unor mecanisme inadecvate de apărare prin aducerea la nivelul conştientului a tensiunilor, suferinţelor refulate, neprelucrate.

Intervenţia centrată pe individ va urmări şi antrenarea rolurilor generice şi modificarea modelelor relaţionale disfuncţionale.

Dacă este cazul se pot folosi şi tehnici care presupun lucrul cu metafora, în special în cazul copiilor sau atunci când conţinuturile scoase la suprafaţă sunt prea complexe.

Dacă intervenţia este centrată pe grup, va urmări formarea deprinderilor membrilor de soluţionare în comun a problemelor, de planificare în scopul evitării conflictelor şi a dezvoltării solidarităţii (coeziunii) de grup. În acest scop persoanele trebuie să-şi însuşească tehnici de soluţionare a problemelor, modalităţi de lucru în grup, reunind toţi membrii grupului pentru discutarea problemelor şi găsirea soluţiilor.

Toate aceste momente în care indivizii vor relaţiona cu ceilalţi într-o atmosferă plăcută sunt momente de corectare a modelului internalizat de funcţionare a lumii. Sunt apreciate ca fiind benefice anumite tehnici cognitiviste, de scurtă durată, care pot dezvolta deprinderi ale persoanelor de a răspunde constructiv în situaţii dificile. O tehnică utilă de lucru este aceea raţional-emotivă construită de Ellis, care propune o abordare cognitivă a emoţiilor în câţiva paşi bine structuraţi care pot constitui un suport important pentru consilier mai ales atunci când se află la început şi nu are o vastă experienţă profesională (Lishman,1993).

Participarea la grupuri de sprijin conferă sentimentul unei înţelegeri reciproce, dă forţă individului şi îl ajută să îşi depăşească blocajele plecând de la respectul faţă de grup, respectul de sine, ca membru al grupului.

Tot în acestă etapă trebuie stabilite resursele materiale şi umane necesare, ca şi modalitatea de obţinere a acestora.

Următoarea etapă este reprezentată de punerea în practică a planului stabilit, *intervenţia propriu-zisă*, ţinând seama de condiţiile concrete (de mediu, de persoanele implicate şi de relaţiile dintre aceste etc), de obiectivele stabilite şi de informaţiile care pot apărea pe parcurs.

Scanned with OKEN Scanner

Evaluarea și analiza constituie un proces continuu de-a lungul întregii intervenții. Informațiile care se acumulează pe parcursul intervenției schimbă imaginea inițială a situației, relevă alți factori de vulnerabilitate sau de protecție. Factorii de protecție și risc ce nu au fost relevați inițial, dar care apar pe parcurs vor fi luați în calcul și pot schimba scopurile inițiale ale intervenției, pot reorienta întregul proces al intervenției.

De asemenea realizarea unor scopuri intermediare poate atrage după sine apariția altor obiective sau pot evidenția existența altor motivații (care nu au fost precizate inițial) și care, la rândul lor, determină alte obiective.

Consilierul trebuie să rămână flexibil și să utilizeze în mod creativ atât propriile sale resurse cât și pe cele ale persoanelor implicate în procesul de consiliere, indiferent că este vorba despre persoanele consiliate sau de grupurile de suport. Acest lucru nu înseamnă ca regulile și principiile stabilite inițial trebuie schimbate doar pentru că cineva dorește acest lucru. Acestea trebuie să fie păstrate pentru că ele constituie cadrul de referință al intervenției, care securizează clienții și le permit să își reîncadreze pe baze realiste propriile vieți și modele de comportament.

Ultima etapă este *cea de evaluare* a intervenției.

Etapa de evaluare este esențială în desfășurarea oricărui proces și ne referim atât la evaluarea de către consilier a rezultatelor cât și la cea făcută de către clienți.

Un obiectiv secundar al acestei etape este stabilirea cu siguranță a îndeplinirii obiectivelor și a posibilității de a încheia procesul. Pot exista și evaluari intermediare care au ca scop evidențierea elementelor noi și corectarea planului inițial de intervenție. Frecvența acestor evaluări intermediare va fi stabilită de consilier în funcție de dificultatea cazului și de modul în care acesta evoluează.

Rolul evaluării pentru clienți este dublu – pe de o parte le permite acestora să își conștientizeze achizițiile (ceea ce se va solda cu efecte pozitive în planul încrederii în sine și al autostimei) și pe de alta; evaluarea finală marcheaza terminarea consilierii, permitându-i clientului să se desprindă din această relație.

Este de maximă importanță ca intervențiile pe care consilierul le consideră eșecuri să fie analizate cu multă atenție. Numai astfel acesta va reuși să învețe din greșeli adică să acumuleze experiență. Experiența împreună cu cunoștințele și informațiile dintr-un anumit domeniu construiesc expertiza celui care intervine în domeniul respectiv. Este preferabil ca analiza și reflecția asupra eșecului să aibă loc într-o echipă multidisciplinară, pentru că astfel se poate evalua mai realist situația minimizând efectele sentimentelor neplăcute care se asociază unei nereușite. Evaluarea nu trebuie să se centreze doar pe aspectele negative ci trebuie să fie constructivă, să pemită tragerea unor concluzii utile pentru o intervenție viitoare.

De asemenea, se impune evaluarea intervențiilor considerate reușite pentru stabilirea elementelor care au condus la succes și pentru găsirea unor modalități de transfer al acestora, cât și pentru alte intervenții viitoare.

Scanned with OKEN Scanner

III. Grupul în situaţia de criză: consiliere şi psihoterapie

Personalitatea trebuie privită ca sistem dinamic deschis, pentru dezvoltarea căruia este necesară o permanentă relaţionare cu lumea externă, cu mediul socio-cultural, în care se unesc şi căruia îi aparţin indivizii.

Relaţiile interpersonale reprezintă cadrul primordial de manifestare a interacţiunii, a acţiunii unei persoane asupra alteia şi influenţa inversă pe care o suportă persoana. Putem defini relaţia interpersonală ca „uniune psihică conştientă, directă, bazată pe o legătură inversă complexă" (P.Golu,1974, p.130). Toate aceste comportamente se leagă în lanţuri (suite) de comportamente, ale căror secvenţe se interrelaţionează şi se intercondiţionează, fiecare partener fiind, la rândul său, stimul pentru celălalt şi adaptându-se în permanenţă la celălalt. Capacitatea unui partener de a realiza această adaptare depinde de corectitudinea cu care percepe şi evaluează modul în care apare în ochii celuilalt. Interacţiunea depinde de particularităţile psihice ale fiecărui partener, particularităţi care, de altfel, sunt influenţate de interacţiune.

Actele interpersonale dau naştere, prin condensare şi sedimentare, unor structuri interpsihice stabile, statornicite între oameni, ca urmare a interacţiunilor eşalonate în timp. După P.Golu (1974), partenerii nu numai că relaţionează, dar şi percep această relaţionare şi acest fenomen are importanţă la fel de mare ca interacţiunea ca atare. În plus, partenerii îşi formează şi o anumită părere asupra relaţiilor dintre ei.

Relaţionarea în grup conduce la integrare, care apare ca „proces de asimilare şi transformare subiectivă şi obiectivă a unui individ sau grup, în cadrul acţiunii reciproce dîntre acesta şi mediul integrator, paralel cu mărirea eficienţei celui integrat" (V.Cornescu,1977, p. 93). Realizarea coeziunii unor grupări, integrarea lor, asigură funcţionalitatea lor socială, îndeplinirea scopului specific şi, indirect, condiţionează echilibrul dinamic al instituţiilor şi subsistemului social. Astfel, grupul mic, sub diversele sale forme de manifestare, constituie cadrul primar al existenţei sociale a individului, mijlocul prin care se raportează la societate.

Din această perspectivă grupul mic sau mai corect spus, grupurile mici de apartenenţă ale indivizilor sunt locul de apariţie, de manifestare şi de rezolvare şi

Scanned with OKEN Scanner

integrare a crizelor care apar pe parcursul vieții indivizilor. Relațiile existente la nivelul grupurilor și grupurile ca întreg se pot constitui ca surse ale crizei, dar și ca elemente perturbatoare sau, dimpotrivă, facilitatoare pentru rezolvarea crizei.

Fiecare persoană aparține mai multor tipuri de grupuri – cel familial (familia de origine și cea actuală, dacă este cazul), cel profesional (care poate fi grupul clasă pe perioada școlarității sau colegii de muncă), grupul de apropiați (prieteni, persoane importante) și eventual alte tipuri de grupuri (comunități religioase etc). În toate aceste grupuri individul deține statusuri, care pot fi diferite (de partener, de parinte, de angajat, etc) și care au atașate o serie de roluri pe care trebuie să le îndeplinească. Toate aceste roluri și statusuri fac parte din identitatea persoanei respective. Acestea se construiesc în timp prin interacțiune cu ceilalți membri ai grupului de apartenență și se manifestă mai departe în cadrul grupurilor respective.

Tot la acest nivel, al statusurilor și rolurilor asociate pot apărea situațiile de criză. Criza (conform Dicționarului de psihologie coordonat de P.P Neveanu, 1978) poate fi definită ca „moment sau fază a unui proces, constând din conflicte acute, privațiuni, decompensări, neacoperiri a unor expectații, dificultăți și alte fenomene negative ce pot fi urmate de progres sau de regres".

Fiecare din statusurile despre care am vorbit are atașate o serie de expectații – fiecare se așteaptă ca ceilați sa reacționeze la el conform statusului și modului în care joacă rolurile corespunzătoare acestuia. Dacă ceilalți nu reacționează conform așteptărilor sau realitatea nu corespunde acestora sau dacă persoana nu este la nivelul propriilor sale așteptări, putem vorbi despre posibilitatea apariției unor situații de criză. Criza nu are o conotație negativă în sine – ea este chiar necesară pentru apariția progresului. Important este modul în care aceasta este gestionată – trebuie să fie interpretată constructiv (nu contează neaparat cine este de vină, ci cum se poate rezolva), să fie găsită o soluție adaptată persoanelor și situației și să fie trase concluzii care să permită prevenirea unor situații similare și descoperirea unor pattern-uri rezolutive noi, care să poată fi aplicate și în alte situații. Putem vorbi în acest caz despre managementul crizei. Acesta furnizează indicii privind impactul evenimentelor impredictibile asupra structurii grupului, permite analiza stărilor conflictuale, precum și revenirea la normalitate după depășirea crizei. De asemenea, permite diagnosticarea cauzelor care au generat situația de fapt, oferă modalități de rezolvare adecvată a problematicii apărute și permite construirea unor patternuri rezolutive ce vor putea fi aplicate în situații similare ulterioare.

Tipuri de grupuri

Grupurile de care se ocupa un terapeut sau un consilier pot fi de două tipuri: artificiale sau reale.

Grupurile reale sunt alcătuite din persoane care, în afara spațiului si timpului experienței terapeutice sau formative, se află în relații interpersonale sau de muncă.

Scanned with OKEN Scanner

Aparţin acestei categorii, pentru terapie şi consiliere grupurile familiale, cuplurile şi grupurile de convieţuire. În mediul de formare se considera grupuri reale *echipele* de muncă, operatorii unei secţii, elevii unei clase, educatorii unei unităţi didactice, etc.

A doua categorie se referă la grupuri compuse din participanţi care trăiesc sau lucrează in contexte diverse şi care se regăsesc in spaţiu şi timp în grup pentru a trăi o experienţă terapeutică sau formativă comună. Exista posibilitatea ca anumiţi participanţi să se cunoască dar aceasta situaţie nu este prevăzută intenţionat în faza de realizare a grupului. Grupul artificial prin definitie este grupul de terapie, de consiliere sau de formare compus din persoane provenite din medii diferite şi care sunt determinate la momentul începerii activităţii de motivaţii personale sau care aparţin organizaţiilor care au iniţiat formarea acelui grup.

Diferenţa structurală între grupurile reale si cele artificiale este fundamentală în momentul in care trebuie sa se realizeze primul act al formării, consilierii sau terapiei: contractul.

În grupurile reale putem vorbi despre o interacţiune circulară – contractul reiese din acordul tuturor indivizilor implicaţi. Este vorba de un contract circular, în interiorul căruia individul trebuie să ţină cont nu doar de coordonatorul de grup (terapeut, consilier sau formator), ci şi de toţi membrii grupului. Acţiunea terapeutică în grupurile reale are un focus dublu: comportamentul membrilor şi modeele formate de relaţii din grup pe de o parte şi comportamentul şi rolurile generice ale indivizilor în afara grupului pe de alta.

În grupurile artificiale vorbim însă de bidirecţionalitate. Grupul de terapie este parte a contextului în care persoana îşi va dezvolta parcursul terapeutic. Terapeutul sau consilierul şi fiecare participant la grup fac un contract individual în relaţie cu un grup deja constituit sau in curs de constituire. Terapeutul sau consilierul este garantul condiţiilor de funcţionare a unui astfel de grup şi al respectării contractului cu fiecare membru în parte în interiorul grupului.

În momentul în care vorbim despre managementul crizei este foarte importantă activitatea de formare, activitate inclusă în procesul de consiliere. Managementul crizei se referă la totalitatea instrumentelor pe care le poate folosi individul, grupul sau organizaţia pentru a preveni apariţia unor crize sau pentru a le rezolva în mod constructiv, ajungând la rezultate noi, creative şi care presupune un nivel superior de adaptabilitate. Activitatea de formare poate fi realizată atât în grupurile reale, cât şi în cele artificiale. Contractul de formare prevede o serie de obiective, care pot avea legătură cu aspecte mai ample ale profesiunii şi ale personalităţii celor vizaţi.

În cazul consilierii de grup, indiferent că este vorba despre grupuri reale sau artificiale, contractul trebuie să cuprindă stabilirea următoarelor elemente:

- care este obiectul consilierii?
- cine ste destinatarul consilierii?
- care vor fi mijloacele folosite?

Scanned with OKEN Scanner

- care va fi frecvenţa întâlnirilor?
- care este obiectivul?
- cu ce consecinţe si perspective se realizează consilierea?

Lucrul în grup, indiferent de curentul terapeutic şi de tipul de grup, are o serie de avantaje (după Irina Holdevici,1999):

1. în grup pacientul îşi poate găsi un model pentru rezolvarea propriilor sale probleme. W.Doise şi G.Mugni scot în evidenţă importanţa modelului pentru învăţare, indiferent dacă este vorba de un model pozitiv sau negativ;
2. grupul oferă sprijin afectiv membrilor săi şi astfel aceştia nu se mai simt izolaţi;
3. grupul permite subiecţilor să ofere ajutor şi nu numai să primească;
4. declararea intenţiei de schimbare în faţa altora se constituie ca o promisiune ce trebuie respectată;
5. subiectul se simte încurajat de reuşita altora.

Putem vorbi despre mai multe direcţii şi abordări în terapia si consilierea de grup: cognitiv-comportamentală, experenţială, psihodramatică, etc.

Abordarea cognitiv-comportamentală:

Terapia cognitiv-comportamentală oferă o serie de tehnici şi strategii de reducere a distorsiunilor secundare. Este greu, dacă nu chiar imposibil să schimbăm situaţiile exterioare, însă putem modifica modul în care ne raportam la acestea.

Potrivit principiului de bază al terapiei cognitiv-comportamentale „modurile în care individul se comportă sunt determinate de situaţiile indicate şi de felul în care subiectul le interpretează" (Irina Holdevici, 1996, p.104).

Obiectivul principal al terapiei cognitiv – comportamentale este învăţarea de noi modele de comportament şi a noi deprinderi de a face faţă situaţiei. Scopul acestei terapii îl constituie formarea abilităţilor de rezolvare de probleme. Problema apare ca „o stare iniţială indezirabilă, o stare finală dezirabilă şi o barieră între starea iniţială şi cea finală" (F.Konig, în vol. „Fondations of Cognitive Therapy", sub red. N.Hoffman, 1984, p. 137). Acest tip de terapie vizează pe de o parte dezvoltarea unor strategii de rezolvare de probleme („problem solving") şi pe de alta construirea unor modalităţi de a face faţă unor situaţii noi şi solicitante („coping skills development").

In concepţia cognitivistă „dispoziţiile noastre sufleteşti sunt condiţionate de reprezentările mentale, verbale, sau ilustrate prin imaginile pe care le avem despre evenimentele care ne afectează şi de monologurile care rezultă. Terapia cognitivă este un demers firesc, care permite subiectului să conştientizeze aceste mecanisme şi să-şi schimbe starea sufletească" (P.Brinster, 1997, p. 9).

Mecanismele disfunctionale, gândurile negative de exemplu, pot fi corectate printr-o serie de tehnici, în primul rând prin găsirea şi conştientizarea distorsiunilor

Scanned with OKEN Scanner

şi acceptarea nuanţelor şi alternativelor, care trebuie evaluate pentru a se stabili limitele şi avantajele, argumentele şi contraargumentele. Următorul pas constă în reevaluarea gândurilor şi sentimentelor. O tehnică eficientă presupune ca subiectul să-şi imagineze ce este mai rău şi să compare rezultatul cu realitatea; de obicei, vor apărea diferenţieri semnificative şi, astfel, i se poate demonstra subiectului că pattern-ul său de abordare anxioasă a situaţiei este deformat. Tehnica se poate combina cu învăţarea unor modalităţi de depăşire a situaţiei; în acest fel subiectul se va simţi mai securizat şi anxietatea anticipatorie va scădea.

Terapia cognitivă este, în general, individuală. Lucrul în grup şi în special cu grupul fără probleme deosebite, aduce o serie de modificări, mai ales în rolul terapeutului, care nu mai trebuie neapărat să adopte un stil autoritar, în care să traseze sarcini, să dea teme şi să-l influenţeze pe pacient, o parte din aceste elemente putând fi preluate de membrii grupului. Terapeutul devine, mai degrabă, un catalizator, care mediază conţinuturile şi direcţionează procesul terapeutic.

Grupul oferă o serie de facilităţi în primul rând la nivelul procesului rezolutiv, dar şi în plan afectiv, permitând trecerea de la relaţiile formale la cele informale şi constituindu-se ca sursă de suport afectiv pentru participanţi.

Principiile acestui model terapeutic pot fi aplicate şi în afara terapiei, ca antrenament cognitiv-comportamental de optimizare personală. Un astfel de program de dezvoltare poate fi foarte util atât persoanei, permiţându-i să se adapteze eficient la realitate cât şi instituţiei în care aceasta îşi desfăşoară activitatea.

Abordarea experienţială:

M.Buber afirmă că psihoterapiile experenţiale de grup oferă şansa autodescoperirii, care poate însemna o provocare la creştere, la autodescoperire şi autodepăşire şi autocraţie.

Experimentul ca întâmplare creativă, care conţine posibilitatea unor interacţiuni esenţiale, este modalitatea principală de lucru.

Experimentul „îl provoacă pe individ să se autoexploreze şi, fiind vorba despre terapie de grup, putem spune că experimentul îl provoacă pe individ să se exploreze prin întâlnirea cu celălalt" (Iolanda Mitrofan, 1997, p. 210). Această metodă oferă astfel posibilitatea autocreaţiei. Orice dimensiune neexplorată a individului se poate manifesta „aici şi acum".

Scopurile experimentării creative, după Zinker (1978), sunt:

- lărgirea repertoriului de comportamente al clientului;
- crearea condiţiilor care să permită creaţia, stimularea învăţării experienţiale şi conturarea unor noi concepte despre sine;
- rezolvarea conflictelor şi soluţionarea polarităţilor;
- integrarea înţelegrii cu expresia motorie;
- conştientizarea polarităţilor;

Scanned with OKEN Scanner

- găsirea circumstanţelor în care persoana se poate simţi puternică, competitivă şi încrezătoare în sine şi poate acţiona ca atare.

Tipuri de grupuri de terapie experienţială, după Iolanda Mitrofan (1997):

A. Grupul de terapie a lui Rogers

Această tehnică practică o terapie nondirectivă; se mai numeşte terapia centrată pe client. Nondirectivitatea şi centrarea pe client sunt dimensiunile esenţiale ale acestui tip de terapie. Este nondirectivă deoarece terapeutul acceptă ceea ce îi relatează clientul, neavând idei preconcepute în raport cu acesta. Terapeutul rogersian stimulează clientul şi grupul într-o manieră nondirectivă, în sensul dezvoltării unei atmosfere de încredere şi suportive. El se centrează în procesul terapeutic pe menţinerea situaţiei, mai degrabă, decât pe crearea de noi situaţii de grup.

Rogers a stabilit cinci teme de bază ale relaţiei terapeutice:

- clientul îşi explorează incongruenţele;
- experimentarea sentimentelor de către client;
- experimentarea de către client a acceptării necondiţionate din partea terapeutului;
- în cadrul experimentului se conturează o nouă imagine despre sine, pe care clientul o descoperă;
- clientul experimentează fiinţa nouă în acţiune.

B. Modelul întâlnirii deschise a lui W.C.Schutz, care este de tip Encounter Group.

El consideră creativitatea ca fiind la baza funcţionării optime a personalităţii. Esenţiale pentru creativitate sunt achiziţia (acumularea elementeloe experenţiale), asociaţia (combinarea în diferite modalităţi a elementelor experienţiale), expresivitatea, evaluarea şi autoevaluarea (Schutz propune tehnici specifice pentru a creşte capacitatea de evaluare şi autoevaluare a membrilor unui grup) şi perseverenţa.

Referindu-se la experienţa de grup, Schutz aprecia că la baza formării relaţiilor interpersonale stau trei nevoi fundamentale : 1) de apartenenţă, sau de incluziune; 2) de control (după ce grupul s-a format apar diferenţieri între membrii lui, diferiţi membri adoptă diverse roluri şi, din acest moment, lupta pentru putere şi competiţia devin probleme centrale în grup); 3) de afecţiune.

Schutz foloseşte tehnici care implică mişcarea. Aplică aceste tehnici nu doar în probleme legate de postură, de poziţii incorecte, ci şi în probleme legate de control (plimbare oarbă), de afectivitate (sentimente de agresivitate şi ostilitate), în legătură cu sentimentele de apartenenţă (îmbrâncirea).

C. Grupul gestalt terapeutic.

La baza terapiei gestaltiste stau o serie de concepte:

Scanned with OKEN Scanner

- orientarea aici şi acum;
- natura experienţială a terapiei (posibilitatea experimentării unor zone cunoscute şi necunoscute ale personalităţii clientului);
- responsabilitatea (pentru propria-i viaţă);
- polarităţile (şi integrarea acestor polarităţi, care pot apărea în personalitatea individului);
- contactul (care reprezintă modelul de schimbare a celuilalt şi modul în care individul experimentează lumea);
- figura fundal.

Zinker stabileşte următoarele scopuri ale terapiei de grup creativ gestaltist:

- deplasarea către extensia conştiinţei de sine a trupului, a sentimentelor, a mediului;
- atribuirea propriilor experienţe, evitând astfel proiecţia lor;
- concretizarea propriilor nevoi şi achiziţionarea deprinderilor care să permită satisfacerea acestora fără a încălca drepturile celorlalţi;
- conştientizarea propriilor senzaţii;
- asumarea responsabilităţii pentru propriile acţiuni şi sentimente, acceptarea propriilor fantezii;
- dezvoltarea sensibilităţii în raport cu mediul.

Creativitatea interpersonală se manifestă în contact. Teama de contact, de implicaţiile acestuia, îi determină pe unii oameni să evite contactul, mai degrabă decât să-l iniţieze şi să-l menţină; ei nu au învăţat să facă faţă în mod creativ contactului.

Aceşti oameni dezvoltă, astfel, un stil care limitează contactul la ceea ce le este familiar, stil care inhibă dezvoltarea creativităţii interpersonale. Terapeutul poate provoca, în timpul şedinţelor, contacte care permit dezvoltarea acestei creativităţi.

Gestalt terapia foloseşte intensiv limbajul nonverbal drept cheie a descoperirii unor semnificaţii.

Un principiu important al terapiei gestaltiste de grup este acela că dezvoltarea are loc la graniţa dintre individ şi mediu. Contactul cu ceea ce este non-eu provoacă creşterea, incită la noi răspunsuri date mediului şi la schimbare. Experienţa individualităţii şi experienţa comunităţii se întrepătrund. Fiecare persoană din grup este provocată la autodescoperire şi, n acelaşi timp, este susţinută în confruntarea ei cu provocarea. Fiecare participant trebuie să-şi asume responsabilitatea faptului că, în orice moment, comportamentul său poate fi o provocare pentru membrii grupului şi trebuie să conştientizeze rolul pe care îl are în grup.

Tehnicile folosite în gestalt terapie constau în lucrul cu metafora şi fantezia (analogia personală, metafora corporală), lucrul cu metafora fiind, nu doar deblocant şi activator în procesul analitic şi transformator, ci şi un „diluant al rezistenţelor" şi un catalizator al autonomiei experimentale a subiectului, o cale de a-l face să se simtă, nu doar în siguranţă, ci şi responsabil de deciziile sale şi autor al propriilor sale strategii de rezolvare a problemelor autoasumate. În terapia

Scanned with OKEN Scanner

gestaltistă de grup toți experimentează cu sine și împreună, ceea ce facilitează procesele de conștientizare și de stimulare creativă, coerența de grup, dezvoltând o experiență de cunoaștere sporită, o activare a resurselor fiecăruia și o integrare armonioasă în dinamica de grup. Fiecare devine important pentru toți și prin aceasta își reconstruiește, extinde și integrează imaginea de sine, comportamentul și relațiile cu ceilalți.

Reevaluându-se mai realist și mai responsabil, membrii grupului participă la o experiență comună de transformare de natură afectivă, cognitivă și comportamentală, simultan

D. Abordări eclectice

In prezent, predomină aceste abordări eclectice, eclectismul fiind înțeles ca „proces de selecție a conceptelor, sistemelor și strategiilor dintr-o varietate de curente teoretice utilizate ca efect al acestor concepte, sisteme și strategii" (Ch.E.Schaefer, 1988, p. 105).

E. Abordarea psihodramatrică

Metodologia psihodramatică creată de J.L. Moreno acordă o foarte mare importanță proceselor de grup, rolurilor pe care fiecare individ le joacă în viața sa socială, familialî și profesională și problematicii învățării spontane și creative.

Tehnica cea mai cunoscută, aparținând psihodramei moreniene este jocul de rol dar există și altele, poate mai puțin cunoscute: inversiunea de rol, proiecția în viitor etc.

După Moreno (1980) abordarea psihodramatică conține o serie de aspecte foarte importante ale intervenției asupra grupului:

- Existența unor structuri și importanța cunoașterii acestora – pentru că nu este posibil să vorbești despre intervenție fără a cunoaște rețeaua de relații existente în cadrul grupului care pot influența pozitiv sau negativ evoluția grupului și care pot fi schimbate în avantajul grupului.
- Problema colectivității: scheme de comportament, roluri și deprinderi care nuanțează situațiile independent de membrii grupului luați în parte – care se referă la faptul ca intervenția terapeutică nu se adresează participanților ca persoane luate individual cu o anumită structură de personalitate ci se ocupă de acestea în raport cu rolurile pe care le joacă. Aceste roluri au caracteristici și modele de comportament corespunzătoare problematicii sociale, structurale și culturale.
- În grup există tendința către anonimat, grupul ca entitate devenind mai important. Consilierea nu se adresează bunăstării psihice personale a participanților, ci vizează construirea unui mod mai adecvat de relaționare cu ceilalți. Această învățare nu se poate realiza decât într-o situație de grup care pune în avidență importanța relației cu un altul.

Scanned with OKEN Scanner

Psihodrama pune accent pe învățarea spontaneității în relațiile personale, spontaneitate înțeleasă ca modalitate de a raspunde adecvat atât la realitatea exterioară (fără a o distorsiona) cât și la propriile necesități interne (fără stereotipii defensive și lasând să apară nevoile și emoțiile autentice). Obiectivul final este de a-i ajuta pe membrii grupului să dobândească abilitatea de a se adapta într-un mod flexibil la varietatea de situații și persoane cu care aceștia intră în contact.

În acest proces este foarte importantă dezvoltarea creativității, dar în contextul regulilor, posibilităților și ocaziilor create de realitate.

Psihodrama presupune punerea în scenă a unor conținuturi interioare, având, ca scop conștientizarea acestora și reintegrarea lor într-o formă nouă, adaptativă. Rolul psihodramei este de a-l ajuta pe individ să conștientizeze, să înșeleagă și eventual să schimbe rolurile pe care le joacă în mediul său social, profesional sau familial.

Cadrul de referință specific psihodramei are o serie de caracteristici:

1. Necesitatea unui proces de incălzire inițială care are rolul de a exterioriza emoțiile astfel încât spontaneitatea și dezvoltarea de relații interpersonale să fie stimulată.

2. Rolul fundamental al acțiunii înțeleasă fie ca reprezentare scenică, fie ca experimentarea „aici și acum" și focalizarea atenției asupra acestui moment și nu asupra povestirii experiențelor anterioare. Finalitatea este de analiză, conștientizare și restructurare a problemei în vederea căutării unor soluții noi.

3. Crearea unui climat de grup cald și acceptant care va permite participanților să se exprime autentic.

4. Crearea de situații care sa permită pe de o parte procesele de reflectare profesioanală prin raportarea propriilor acțiuni la ale altora și pe de alta de oglindire profesională prin aflarea părerii celorlalți asupra acestor acțiuni.

5. Utilizarea ca tehnică de bază a inversiunii de rol care permite înțelegerea mai adecvată a celuilat prin identificare sau diferențiere fată de acesta.

6. Participarea celorlalți după fiecare moment de acțiune prin impărtășirea unor experiențe personale ceea ce va contrabalansa tendințele de a judeca sau de a da sfaturi care pot fi percepute ca agresive și pot activa mecanisme de apărare.

7. Considerarea relațiilor intersubiective, în care fiecare înțelege și respectă subiectivitatea celorlați, ca fiind centrală pentru construirea unui climat pozitiv de grup.

8. Adoptarea unui mod directiv de conducere a grupului, directivitate înțeleasă însă nu ca manipulare, ci în accepțiunea de comportament activ al consilierului astfel încât să se respecte intersubiectivitatea, să se faciliteze dezvoltarea relațiilor nonanxioase și spontane.

9. Interpretarea prin acțiune, prin materialul care apare prin acțiune și nu prin inervenția interpretativă directă a consilierului.

10. Interpretarea tuturor rolurilor și eventual a rolurilor complementare din contextul vieții persoanei astfel încât aceasta să le poată vedea într-o alta lumină.

Scanned with OKEN Scanner

11. Existența unor momente și spații clar definite pentru fiecare din momentele procesului psihodramatic.

Aceste abordări sunt adaptate la situație și la problemele grupului.

În general, mărimea standard a grupului de terapie este de 6 – 10 subiecți, pentru că, pe de o parte, la un număr mai mare dinamica grupului este încetinită și, pe de altă parte, pentru că terapeutul poate răspunde emoțional mai greu la un număr mai mare de persoane. Astfel, lucrul cu un grup mai mare de participanți, cum poate avea un grup real într-un proces de consiliere, ridică, din acest punct de vedere, o serie de dificultăți.

Aceste dificultăți pot fi ocolite, într-o oarecare măsură, prin folosirea de exerciții scurte, care să lase timp pentru verbalizare și prin antrenarea de către consilier a tuturor membrilor grupului, într-un mod cât mai variat, pentru a evita monotonia și pentru a capta interesul participanților.

Construirea grupului și a atmosferei pozitive în grup

Importanța unei atmosfere pozitive în grup

Una dintre cele mai importante nevoi a individului este nevoia de ceilalți, nevoia de apartenență la un grup social. Aceasta este satisfăcută prin intermediul relaționării în grup.

Relațiile interpersonale reprezintă cadrul primordial de manifestare a interacțiunii, a acțiunii unei persoane asupra alteia și influența inversă pe care o suportă persoana.

Cu cât relațiile în grup sunt mai strânse și membrii se cunosc mai bine, cu atât imaginile pe care aceștia și le vor forma vor fi mai corecte, ceea ce va avea ca rezultat dezvoltarea capacității de reflectare a unora de către ceilalți.

In concluzie, o atmosferă pozitivă la nivelul grupului are efecte benefice, atât la nivelul stării de bine personal a individului, cât și la nivel cognitiv. De altfel cele două tipuri de efecte sunt corelate și interdependente, efectele apărute la nivel afectiv influențând și fiind influențate de efectele la nivel cognitiv.

Atmosfera pozitivă la nivelul grupului conduce la creșterea eficienței în realizarea sarcinilor, atât datorită creșterii încrederii în sine și accesului mai ușor la propriile resurse, cât și datorită creșterii atenției acordate părerilor și rezultatelor celorlalți. Persoana devine capabilă să-și utilizeze creativ propriile resurse și să-și restructureze patternurile de rezolvare în funcție de aportul celorlalți. Atmosfera pozitivă conduce la depășirea mecanismelor de apărare. Astfel individul, nemaifiind atât de ocupat să se apere, devine capabil să fie atent, atât la sine, cât și la ceilalți și să utilizeze eficient nu numai propriile resurse, dar și pe ale celorlalți.

În oricare din etapele prezentate își poate avea originea o potențială situație de criză. Formarea grupului și a atmosferei de cooperare la acest nivel este impor-

Scanned with OKEN Scanner

tantă pentru prevenirea situațiilor de criză. Dacă persoanele se cunosc in mod adecvat știu ce pot obține de la ceilalți și deci știu pe ce resurse se pot baza. De asemenea crearea unor relații pozitive, confortabile afectiv, pentru membrii grupului le va permite acestora să își exprime și să își folosească optim posibilitățile și abilitățile personale. Un grup bine format este un grup eficient pfofesional și social care poate rezolva orice problemă și poate depăși o potențială situație de criză prin comunicare adecvată și construirea unor pattern-uri rezolutive creative și eficiente.

Vom expune în continuare diverse *exerciții de prezentare si intercunoaștere primară*. Acest gen de exerciții sunt primele utilizate într-un demers de formare a grupului și au ca rol cunoașterea și intercunoașterea membrilor grupului și implicit construirea unei atmosfere de familiaritate și încredere. Acest gen de exerciții sunt utile atât în grupurile reale cât și în cele arficiale. Majoritatea tehnicilor prezentate in acest capitol pot fi regasite in „Encyclopedia of Games for Trainers" (1992).

„Cine sunt eu";

Număr de participanți: 10 -30; se lucrează individual; durată: 35 – 45 minute.

Exercițiul presupune ca fiecare individ să se prezinte în fața celorlalți, răspunzând la întrebarea „Cine sunt eu?".

Obiectivele vizează perspectiva de conștientizare și verbalizarea propriei concepții despre sine; prezentarea în fața celorlalți a propriului punct de vedere referitor la sine; depășirea inhibițiilor legate de a vorbi despre sine în public și intercunoașterea.

Prezentarea

Număr de participanți: 10-30 subiecți, împărțiți în echipe de câte doi; durată: 35 - 45 minute.

Exercițiul presupune ca fiecare participant să pună cât mai multe întrebări, în 5 - 10 minute, colegului pe care, ulterior, îl va prezenta în fața celorlalți. O altă modalitate de lucru este cea de prezentare în inversiune de rol – în care fiecare îl prezintă pe celalalt asumandu-și pe perioada exercițiului identitatea acestuia.

Această tehnică prezintă o serie de avantaje: în general, se vorbește mai ușor unei persoane decât unui grup și, în final, se ajunge la instalarea unui climat amical, reprezentările mutuale constituie un exercițiu de comunicare și memorare interpersonală, care stă la baza pentru formarea de relații interpersonale. Dacă se lucrează în inversiune de rol se pot evidenția și corecta o serie de proiecții făcute asupra partenerului pe de o parte și pe de alta se poate realiza o familiarizare mai rapidă și implicit crearea unor legaturi afective pozitive între membrii grupului.

Fraza care te reprezintă

Număr de participanți: 10-30; durată: 50 minute.

Fiecărui participant i se cere să noteze pe un bilețel o frază considerată ca

Scanned with OKEN Scanner

reprezentativă de persoana în cauză; ulterior bileţelele se vor schimba între participanţi, fiecare putând cere un bilet care i-a plăcut, el oferind, în schimb, propriul bilet; se pot face mai multe schimburi. În final, fiecare participant prezintă biletul care este în acel moment în posesia lui,precizând de ce i-a plăcut şi ce crede că a vrut să spună cel care l-a scris; exerciţiul se continuă cu cel care a scris biletul, care trebuie să precizeze ce a vrut să spună şi, după aceea, să prezinte biletul pe care îl are asupra sa în acel moment. O altă modalitate de desfăşurare a acestui exerciţiu este ca fiecare să includă în bileţel un secret personal. În această situaţie biletele se vor amesteca şi fiecare va trage un alt bileţel pe care îl va prezenta ca fiind al lui. În această variantă este foarte important să nu apară judecăţi de valoare şi ca toţi participanţii să fie foarte implicaţi în exerciţiu.

Obiectivele sunt de formare a abilităţilor de negociere şi cooperare în grup; de dezvoltare a capacităţilor empatice; de a crea investiţii afective pozitive, fiind vorba despre ce i-a plăcut la ceilalţi; de intercunoaştere.

Următoarea etapă vizează prezentarea unor *exerciţii de dezvoltare a încrederii în ceilalţi.* Aceste tipuri de exerciţii se adresează unui grup în formare şi au ca obiectiv expres construirea relaţiilor bazate pe încredere, ceea ce va permite ulterior grupului să depăşească momentele dificile. Şi acest gen de exerciţii poate fi util şi se realizează în acelaşi fel şi în grupurile reale şi în cele artificiale.

Plimbarea „oarbă" pe perechi

Număr de participanţi: 10-30 subiecţi, împărţiţi pe perechi; durata: 20 - 25 minute.

Exerciţiul presupune formarea de perechi în mod aleator şi este preferabil ca cei doi membri ai fiecărei perechi să se cunoască cât mai puţin. Există mai multe variante: în prima variantă unul închide ochii iar celălalt trebuie să-l conducă prin cameră, printre obstacole, având posibilitatea de a-l atinge, dar fără să comunice verbal cu partenerul său; după cinci minute rolurile se schimbă; a doua variantă presupune ca cel care stă cu ochii închişi să fie condus doar verbal, fără a fi atins. La sfârşit fiecare va spune cum s-a simţit.

Obiectivele vizează depăşirea inhibiţiilor legate de contactul fizic; formarea sentimentului de responsabilitate faţă de cel care este condus; dezvoltarea încrederii în cel care conduce; conştientizarea propriilor capacităţi de asumare a răspunderii şi de încredere în ceilalţi; conştientizarea dificultăţilor apărute.

Balansarea

Număr de participanţi: 8-40 subiecţi, împărţiţi în grupe de câte opt; durata: 10-15 minute.

Grupul se împarte în echipe de câte opt participanţi; unul dintre participanţi va intra în mijlocul cercului format de ceilalţi şi va fi trecut de la unul la altul; cel

Scanned with OKEN Scanner

aflat în mijloc trebuie să închidă ochii, să-şi relaxeze musculatura şi să se lase pe seama celorlalţi. La sfârşit fiecare va spune cum s-a simţit.

Se urmăreşte ca obiectiv formarea pattern-urilor de contact fizic; dezvoltarea sentimentelor de responsabilitate şi încredere; conştientizarea acestora.

Vom prezenta în cele ce urmează un scurt exemplu care ilustrează efectele unui astfel de exerciţiu.

Maria este o persoană destul de retrasă şi care intră destul de puţin în contact cu colegii de grup. În momentul în care i s-a solicitat sa intre in mijloc, a refuzat iniţial. După ce a asistat la balansul mai multor colegi şi s-a implicat cu foarte multă responsabilitate în susţinerea acestora, acceptă să intre la mijloc. Nu reuşeşte însă să se relaxeze şi solicită foarte repede iesirea din cerc.

Consilierul: Cum a fost Maria?

Maria: Groaznic.

C: Ce te face sa spui asta?

M: Mi-a fost foarte frică. Îmi era teamă că mă vor scăpa...

C: Crezi că s-ar fi putut intâmpla asta?

M: De fapt... logic.. nu cred – oricum sunt suficient de mulţi. Cred că aş mai incerca o dată.

De data aceasta a reuşit să se relaxeze şi a rămas în mijloc în jur de 3 minute.

C: Acum cum a fost?

M: Mult mai bine. A fost o experienţă interesantă să mă las pe mâinile lor. În general nu prea accept să renunţ la control şi să mă bazez pe alţii. Dar poate uneori ar fi util...

Maria avea de fapt o nevoie foarte puternică de control. Este o persoană care consideră că nu se poate baza decât pe ea însăşi şi asta o şi impiedică să stabilească uşor relaţii cu ceilalţi. Începând cu acest moment ea a fost mult mai disponibilă pentru ceilalţi şi a început să îşi creeze relaţii noi, conştientizând că nu poţi deţine întotdeuna controlul şi că poate fi chiar plăcut la un moment dat să renunţe la această tendinţă. Dacă exerciţiul ar fi fost repetat după o perioadă de timp, cu siguranţă s-ar fi putut constitui într-o experienţă foarte plăcută pentru Maria.

Un alt element important in crearea unei atmosfere pozitive este atenţia la ceea ce gândeşte şi simte celalalt, element care permite ajustarea şi adaptarea la celălalt. Vom prezenta în continuare *o serie de exerciţii de dezvoltare a atenţiei faţă de celălalt.* În grupurile reale, aceste exerciţii se vor realiza în principal ca mijloc de dezvoltare a unor pattern-uri de relaţionare pozitivă, pe când în cele artificiale ne va interesa mai mult posibilitatea transferării acestor abilităţi către grupurile reale ale participanţilor.

Scanned with OKEN Scanner

Lucrul pe perechi, cu retrăirea unui eveniment plăcut sau neplăcut

Număr de participanți: 10-30 subiecți, împărțiți pe perechi; durata: 20 -25 minute.

Exercițiul presupune ca grupa să se împartă aleator pe echipe de câte doi; este preferabil ca cei doi dintr-o echipă să nu mai fi lucrat anterior împreună; exercițiul cuprinde două faze: în prima fază unul își amintește un eveniment plăcut, fără să spună despre ce este vorba, în timp ce celălalt îl observă; după aceea i se cere să-și amintească un eveniment neplăcut, în timp ce celălalt observă; ulterior se schimbă rolurile; după încetarea experimentului i se cere observatorului să spună ce a observat, iar celuilalt să relateze cum a simțit evenimentul plăcut și pe cel neplăcut; în a doua fază, unul dintre participanți trebuie să-și amintească experiența fără să precizeze dacă este plăcută sau nu, iar celuilalt i se cere să spună ce experiență este; ulterior rolurile se schimbă.

Obiectivele sunt de formare a deprinderilor de observare a comportamentului nonverbal a celorlalți și de dezvoltare a capacităților de empatie.

Acordarea de atenție celuilalt în proporție variabilă

Număr de participanți: 10-30 subiecți, împărțiți pe perechi; durata: 10 - 15 minute.

Exercițiul presupune împărțirea grupului în echipe de câte doi, în mod aleator ; cei doi se așează față în față și unul dintre ei trebuie să acorde atenție celuilalt în proporție de 100%, în proporție de 50% (50% să fie centrat pe sine), în proporție de 0% (fiind în proporție de 100% centrat pe sine); în acest timp celălalt observă; ulterior rolurile se schimbă.

Obiective: dezvoltarea abilităților de acordare a atenției celorlalți ca a propriei persoane, dezvoltarea empatiei și dezvoltarea deprinderilor de observare a comportamentului nonverbal.

Statuile

Număr de participanți: 10-30 subiecți, împărțiți pe perechii; durata: 20 - 25 minute.

Se împarte grupa pe echipe de câte doi participanți; unul va fi sculptor, iar celălalt statuie; statuia va sta cu ochii închiși, în timp ce sculptorul o va pune într-o anumită poziție; după ce sculptorul a terminat se va îndepărta de statuie și va adopta aceeași poziție ca și statuia sa; aceasta va trebui să-și găsească sculptorul, căutându-l cu ochii închiși; ulterior rolurile se schimbă.

Obiective: dezvoltarea atenției acordate propriei corporalități, ca și atitudinilor posturale ale celorlalți și depășirea inhibițiilor legate de contactul fizic.

Scanned with OKEN Scanner

Construirea pattern-urilor de relaţionare bazate pe cooperare

Importanţa dezvoltării cooperării intragrupale rezidă şi în faptul că, în general, spiritul de cooperare este mai puţin cultivat în comparaţie cu cel de competiţie. Cooperarea este premisă şi efect pentru altruism, altruism care se instituie ca una dintre cele mai eficace metode de trecere de la eu la tu, la noi.

Ieşirea din sine se face prin „intuirea vieţii spirituale a celuilalt" (I.D.Trestieni, în „Psihosociologia cooperării şi întrajutorării umane" sub red. S.Chelcea, 1990, p. 114).

Factorii care influenţează posibilitatea individului de a se manifesta altruist sunt: recuperarea de date din exterior şi ulterior din interior, o dată cu maturizarea personalităţii individului, empatia, simpatia, modelele exterioare.

Toate aceste procese, comunicarea, intercunoaşterea, cooperarea se modelează prin învăţare socială.

Aceasta este definită ca formă specială de învăţare umană, discriminativă, care se distinge printr-o notă emoţională, de participare afectivă a subiectului la insuşirea comportamentelor sociale şi care se efectuează fie pe cale observaţională (după model), individul asistând la experienţa altor persoane, fie în procesul interacţiunii nemijlocite a indivizilor în grup, ori în condiţiile exersării individului asistat de alţii.

Învăţarea socială are ca finalitate maturizarea interpersonală, care vizează modul în care o persoană se raportează la ceilalţi, modul în care ea percepe trebuinţele ei şi ale celorlalţi în cadrul interacţiunii, aceasta presupunând o evoluţie stadială a capacităţii unei persoane de a se raporta la ceilalţi. Aceasta etapă este în principal profilactică – ea având ca obiectiv prevenirea situaţiilor de criză, dar şi construirea unui pattern eficient de rezolvare a lor.

Pentru a putea coopera este esenţial să existe deja format un model de interacţiune îndreptat în această direcţie. În continuare vom propune două astfel de *tehnici de negociere şi învăţare a unor pattern-uri de cooperare* – una verbală şi alta nonerbală. Tehnicile sunt la fel de utile şi în grupurile reale şi în cele de formare pentru ca şi cele de formare au obiective şi scopuri clar definite, pentru realizarea cărora este importantă cooperarea.

Semnul grupului

Număr de participanţi: 10 -30 subiecţi; durata: 50 minute.

Grupul se împarte în mod aleator în echipe de câte cinci-şase participanţi; fiecare echipă trebuie să ajungă, după aproximativ 20-30 minute de negocieri, la un nume şi un semn comun grupului; în fiecare grup există un observator care urmăreşte şi notează variantele propuse în echipa respectivă, cine le-a propus, cine a luat decizia şi de ce; la sfârşit fiecare echipă deleagă un reprezentant care prezintă şi susţine numele grupului şi semnul ales.

Scanned with OKEN Scanner

Obiectivele rezidă în formarea pattern-urilor de cooperare şi de rezolvare nonconflictuală a problemelor comune şi în conştientizarea modului de luare a deciziei în grup.

Ordonarea nonverbală

Număr de participanţi: 10 -30 subiecţi, împărţiţi în două grupe; durata: 25 - 30 minute.

Exerciţiul presupune ca grupul să se împartă în două echipe egale. Membrii fiecărei echipe vor primi biletele de ordine şi în funcţie de numerele primite trebuie să se aranjeze în sens crescător fără să comunice verbal cu ceilalţi.

Obiectivele constau în formarea pattern-urilor de cooperare şi comunicare nonverbală, de dezvoltare a atenţiei faţă de mesajele nonverbale ale celorlalţi. Discuţiile ulterioare vor conduce la conştientizarea acestor pattern-uri de acţiune, la punerea în evidenţă a dificultăţilor şi erorilor.

Pentru a putea vorbi despre cooperare, este necesar ca fiecare membru să îşi cunoasca poziţia şi implicit rolul în grup şi să îl poată schimba (dacă nu este satisfăcător) sau să optimizeze utilizarea lui (dacă rolul este satisfăcător). În cele ce urmează vom prezenta o serie de *exerciţii de conştientizare a poziţiei în grup*. Rolul acestor exerciţii este în primul rând diagnostic, atât pentru consilier, cât şi pentru membrii grupului, constituindu-se ca premisă pentru schimbare şi având astfel şi un rol profilactic. Acest gen de exerciţii este mai util pentru grupurile reale, el adresându-se pattern-ului efectiv de relaţionare din grup. Poate fi utilizat şi in grupurile artificiale cu rol de diagnostic în momentul apare un potenţial conflict.

Poziţionarea individului în grup

Număr de participanţi: 10 -30 subiecţi; durata: 25 - 30 minute.

Exerciţiul presupune ca membrii grupului să-şi imagineze că o tablă sau un flip-chart este reprezentarea grupului lor şi să se plaseze acolo unde cred ei de cuviinţă; apoi se discută motivele plasării într-o anumită poziţie ca şi sentimentele asociate poziţiei respective; ulterior, dacă membrii grupului doresc, ei îşi pot schimba poziţia iniţială.

Obiective: conştientizarea poziţiei în cadrul grupului şi a modului în care îi văd ceilalţi, conştientizarea gradului de coeziune şi a dificultăţilor de relaţionare în grup, ca şi nivelul de integrare a fiecăruia şi a grupului în totalitate şi conştientizarea poziţiei dorite.

Vom prezenta un exemplu.

Tudor s-a poziţionat la periferia hărţii, fiind unul dintre primii care s-a aşezat. În final rămâne persoana cea mai depărtată de grup în condiţiile în care ceilalţi se aglomerează în zona centrală.

Scanned with OKEN Scanner

Consilierul: Tudor, ce crezi că spune despre rolul tău în grup, poziţia aleasă de tine?

Tudor: (după o lungă ezitare) Nu ştiu ce spune... Cred ca spune ca nu prea sunt în grupul asta.

C: Adică?

T: Nu ştiu... acum realizez că aproape întotdeauna adopt rolul de observator. Stau pe margine şi mă uit la ceilalţi.

C: Şi eşti mulţumit de poziţia ta ?

T: Nu prea. Uneori mi-aş dori să ma implic mai mult..

C: Şi ce te impiedică să te implici mai mult?

T: (zâmbeşte). De fapt, nimic. Eu mă împiedic. Nu ştiu de ce.

C: Vrei să te schimbi? Acum poţi avea această ocazie.

Tudor îşi schimbă poziţia cu una mai aproape de centru. Este tot la periferie dar în apropierea lui se află câteva persoane.

C: Cum ţi se pare acum?

T: Mult mai bine. Nu mă mai simt atât de izolat. (ezită) De fapt cred că nu mă mai izolez.

C: Ce ţi-ar plăcea să facă colegii care sunt mai aproape de tine?

T: (ezită) Să nu mă respingă...

C: Hai să îi întrebăm dacă accepta poziţia ta aici.

Ceilalţi confirmă că sunt de acord cu poziţia lui Tudor. Ar fi vrut şi ei să îl aducă mai aproape, dar au avut impresia ca Tudor nu doreşte asta.

C: Cum te simţi acum?

T: Bine. Ma simt relaxat aici.

Tudor nu a dorit să se integreze în grup pentru că îi era teamă că va fi respins. Exerciţiul l-a ajutat pe de o parte să realizeze modul în care alege să se poziţioneze (alege să se izoleze şi să adopte un rol de martor) şi pe de alta sa realizeze că se poate schimba dacă nu este mulţumit.

Grupul statuar

Număr de participanţi: 10 -20 subiecţi, împărţiţi în două echipe; durata 50 minute.

Exerciţiul presupune ca grupul să se împartă în două echipe egale; iniţial un grup lucrează şi celălalt observă, iar în etapa următoare rolurile se schimbă. Conducătorul solicită grupului care lucrează să alcătuiască un grup statuar, fără ca membrii grupului să discute între ei şi apoi să-i acorde o denumire, după cum cred ei de cuviinţă; după aceasta fiecare participant îşi va descrie experienţa ca parte a statuii : ce a fost şi de ce a fost aşa, cum s-a simţit etc.; observatorii vor comunica grupului care a lucrat modul în care au perceput ei statuia; fiecare participant are dreptul să modifice grupul aşa cum şi-ar fi dorit să fie, discutându-se ulterior despre noua experienţă.

Scanned with OKEN Scanner

Obiective: conștientizarea semnificației poziției fiecăruia în grup și a atitudinilor mutuale și conștientizarea coeziunii și dificultăților de relaționare, a nivelului de integrare sau dezintegrare al fiecăruia și al grupului ca structură.

Construirea unor modalitati adecvate de comunicare

Comunicarea poate fi definită ca mod fundamental de interacțiune a persoanelor, realizat prin intermediul simbolurilor și al semnificațiilor social generalizate ale realității, în vederea obținerii stabilității, ori modificării unor comportamente individuale sau de grup.

Comunicarea presupune un emițător, un receptor, un mesaj, un mediu de comunicare și o conexiune inversă (feed-back).

Comunicarea, ca orice interacțiune, poate fi descrisă ca un proces circular, în care partenerii schimbă mesaje, fiecare primind mesajul celuilalt și fiind modificat de acest mesaj, emițând apoi un răspuns, care îl va modifica pe celălalt. Comunicarea apare, astfel, ca o spirală, în care fiecare, prin acțiunea sa, îl schimbă pe celălalt. Fiecare partener va transmite o cantitate de informație, care îi este proprie și apoi își va vedea oglindită, prin răspunsul celuilalt, informația transmisă, putând să tragă o serie de concluzii: 1) dacă mesajul a fost înțeles; 2) cum a fost înțeles; 3) cum a fost individul perceput de celălalt.

Comunicarea presupune trasnsmiterea si existența mai multor informații. Acestea pot fi: informații conștientizate atat de emițător cât și de receptor, doar de emițător sau doar de receptor sau neconștientizate de nici unul.

O comunicare eficientă presupune ca emițătorul sa ofere exact informatia pe care dorește să o transmită iar receptorul să primească exact ceea ce a solicitat. Acest gen de comunicare va fi foarte eficient și va presupune un timp scurt.

Comunicarea presupune pe lângă o latură verbală și o latură nonverbală care este chiar mai importantă decât cea verbală. În cazul convorbirilor telefonice nu există gestică sau mimică de sprijin pentru mesaj și astfel o importanță foarte mare o vor căpăta elementele care țin de expresivitatea verbală – intonație sau ton. Problema este ca aceste elemente, care nu țin de mesajul scris sunt cel mai greu de controlat și se găsesc frecvent în ultima categorie a informațiilor neconștiente nici de emițător nici de receptor.

Sunt și alte informații în acest ultim cadran, informații care țin de istoria personala a celor care comunică – sunt sisteme de valori, de convingeri și frecvent stereotipuri sau ganduri irationale.

După P.Brinster (1997), principalele caracteristici ale unei comunicări defectuoase sunt:

- atacul la persoană – condamnarea persoanei în loc să se critice comportamentul sau acțiunea care deranjează;
- apărarea – perceperea reproșurilor ca atac la persoană, fără a verifica dacă sunt justificate;

Scanned with OKEN Scanner

- infailibilitatea – persoana consideră că perspectiva sa asupra problemei este cea mai bună şi nu acceptă nici o discuţie;
- sentimentul nedreptăţii – persoana este ferm convinsă că are dreptate şi că celălalt tinde să-l nedreptăţească;
- ermetismul – individul îşi disimulează sentimentele de teamă că ar putea pune în evidenţă slăbiciunile şi ignoranţa sa;
- decentrarea – persoana se pierde în acuzaţii şi reproşuri secundare;
- deziluzia – persoana are convingerea că, oricum, prin discuţie nu se va schimba nimic;
- agresivitatea – persoana foloseşte expresii sau intonaţii ale vocii incisive şi umilitoare pentru ca, în mod voit, să-şi accentueze amărăciunea şi furia;
- retragerea în sine – persoana refuză dezbaterea considerând-o ca nedemnă de ea.

O altă cauză foarte importantă a distorsiunilor o reprezintă şi neatenţia la ceea ce spune, sau face celălalt, caracteristică ce apare, în special, la adolescenţi, care, fiind prea centraţi pe ei înşişi, au tendinţa de a interpreta greşit cuvintele sau gesturile celorlalţi.

Toate acestea por fi contracarate prin:

- dezarmare – găsirea a ceva adecvat în reproşurile celorlalţi;
- empatie – să încerce să se pună în locul celuilalt;
- flexibilitate – se demonstrează interlocutorului că persoana este conştientă de caracterul subiectiv al propriilor opinii şi se acordă importanţă găsirii unui câmp de înţelegere;
- centrare – persoana să rămână centrată pe problemă;
- autenticitate – persoana să spună deschis ce gândeşte;
- apreciere – să manifeste stimă şi respect faţă de interlocutor, în ciuda reproşurilor.

Modalitatea principală de ameliorare a relaţionării de grup o reprezintă îmbunătăţirea comunicării, atât a celei verbale, cât mai ales a celei nonverbale, realizarea unei mai bune intercunoaşteri şi formarea partenerilor de cooperare în grup.

Individul aşteaptă confirmare de la ceeilalţi, confirmare care poate fi verbală sau dedusă din comportamentul nonverbal al celorlalţi. Comunicarea presupune intercunoaştere care apare, atât ca premisă, cât şi ca rezultat al procesului de comunicare. Este premisă pentru că nu se poate realiza comunicare fără existenţa unor interpercepţii senzoriale şi raţionale, care permit receptarea şi decodificarea mesajului. Este rezultat pentru că treptat, graţie învăţării şi experienţei căpătate în urma proceselor de comunicare, repertoriul modelelor şi motivelor se lărgeşte, declanşând activitatea de investigaţie, de percepţie a altora, de orientare anticipativă spre un ansamblu de stimuli relaţionali, de atitudini reactive adecvate particularităţilor sistemului valoric – normativ propriu colectivităţii date.

Scanned with OKEN Scanner

Pot apărea însă o serie de bariere în calea desfășurării unor activități interperceptive adecvate :

- promovarea unei atitudini excesiv de critice;
- neperceperea totală, sau parțială, a unor indici semnificativi;
- percepția deformată, generalizarea metaforică a unui indice perceptiv asupra întregii configurații a situației perceptive;
- extensiunea temporală a indicelui perceptiv;
- inerția perceptivă;
- tendința de cantonare la comportamentul aparent și nesesizarea comportamentului inaparent (disimulat, simulat sau suprasimulat);
- conformitatea perceptivo-afectivă (structurarea imaginii perceptive în conformitate cu orientarea pozitivă, sau negativă, a atitudinii față de persoana percepută, de unde apare efectul de cristalizare și decristalizare).

Dar intercunoașterea nu se reduce doar la interpercepție și reflectarea celuilalt, ci presupune procese de gândire socială, de realizare a unor imagini cât mai adecvate despre sine și despre ceilalți, ca și de apreciere reciprocă, cât mai obiectivă.

Această etapă de formare a modalităților de comunicare eficientă este de asemenea un element indispensabil pentru prevenirea și rezolvarea situațiilor de criză. O comunicare eficientă, bazată pe incredere va permite membrilor grupului să împărtășească informațiile legate de cauza apariției crizei și a celor legate de resursele necesare pentru rezolvarea acesteia astfe incât să se poata construi un pattern rezolutiv adecvat.

Aceste abilități de comunicare pot fi câștigate printr-o serie de *exerciții de tip dezbatere*, în care grupul este împărțită în două subgrupuri, care susțin opinii opuse. Dezbaterea are ca scop, pe lângă formarea abilităților de comunicare eficientă și de percepere corectă a ceea ce spun și ce fac ceilalți și formarea posibilităților de argumentare și de susținere a propriilor opinii. În procesul susținerii convingerilor sale, persoana găsește noi idei care să i le sprijine, opiniile fiind integrate structurilor sale cognitive. De asemenea, în cadrul dezbaterii participanții pot fi solicitați să sprijine ideea contrară opiniilor reale. Aceasta are ca scop lărgirea posibilităților de analiză a subiectului, prin integrarea contrariilor în structura sa cognitivă, dezvoltarea empatiei, înțelegerea modului de a privi lucrurile de către interlocutor și posibilitatea de a găsi argumente mai bune pentru propriile opinii, tocmai prin sesizarea punctelor slabe ale acestora. Și in cazul acestor exerciții, la rândul grupurilor reale ne interesează comunicarea în principal între membrii grupurilor. În cele artificiale, chiar dacă ne intereseaza comunicarea între membrii grupului ca modalitate de îndeplinire a sarcinii, suntem mai mult preocupați de modul în care deprinderile de comunicare se pot transfera în grupurile reale ale participanților. În cazul acestor grupuri, se va utiliza o tematică a dezbaterilor preluată din domeniul sarcinilor de grup. Pe ansamblu, astfel de exerciții sunt mai frecvent utilizate pentru grupurile reale.

Scanned with OKEN Scanner

Dezbatere pe o temă dată (este aleasă o temă de interes pentru grupul respectiv)

Număr de participanți: 20-40 de participanți, împărțiți în două grupe; durata: 50 minute.

Grupul se împarte în două, în funcție de opinia fiecăruia privitoare la tema dată; participanții trebuie să-și susțină punctul de vedere. Sunt specificate foarte clar regulile de dezbatere – fiecare grup are timpul său prestabilit; nu discută toți odată și fiecare grup își alege un reprezentant care vorbește într-o anumită situație; se discută idei și nu persoane. O altă modalitate de lucru este aceea de a susține ideea opusă propriilor convingeri.

Obiective: conștientizarea atitudinii față de tema în discuție și față de problematica din spatele acestei teme, formarea abilităților de susținere a unui punct de vedere fără a-i ataca pe ceilalți, formarea abilităților de comunicare eficientă, educarea în spiritul disciplinei. În al doilea caz obiectivele vizează dezvoltarea capacității de argumentare și de descoperire a propriilor puncte slabe, dezvoltarea capacității de adaptare la o sarcină impusă, dezvoltarea capacităților empatice prin creșterea posibilităților de a se imagina ca fiind în locul celuilalt, dezvoltarea capacităților de persuasiune și de argumentare.

Metafora corporală

Număr de participanți: 10-30 subiecți, durata: 20 - 25 minute.

Fiecare participant trebuie să redea printr-o metaforă corporală un anumit element din experiența sa, în ceilalți participanți trebuie să găsească înțelesul metaforei.

Obiectivele rezidă în depășirea inhibițiilor legate de expresivitatea corporală, dezvoltarea atenției față de atitudinile nonverbale ale celorlalți și dezvoltarea capacității empatice.

Cadoul

Număr de participanți: 10-30 subiecți, durata: două ședințe a 50 minute.

Fiecare participant trebuie să-și imagineze că este un cadou; trebuie să se exploreze pe sine ca fiind cadoul respectiv: cum arată, cui este destinat, cum se simte cel căruia îi este destinat, etc.; a doua etapă presupune ca participanții să se retranspună în starea de cadou, după ce au trecut zece ani, să se exploreze pe ei înșiși, fiecare imaginându-se ca fiind cadoul respectiv peste zece ani; ce s-a întâmplat cu el, cum arată acum etc.

Obiective: dezvoltarea analogiilor pe care le implică fantezia și dezvoltarea creativității interpersonale; de exteriorizare a unor sentimente față de ceilalți și conștientizarea acestor sentimente prin discuții ulterioare și de conștientizare a proiecțiilor în viitor și a paternurilor de desfășurare a relațiilor afective cu ceilalți.

Scanned with OKEN Scanner

O problemă care poate apărea la nivelul învățării pattern-urilor de comunicare și al desfășurării acesteia este reprezentată de mesajele duble. Acestea apar atunci când emițătorul nu poate sau nu dorește să exprime ceea ce gândește sau simte și au ca efect o comunicare ineficientă, în care scopul real nu este cel comunicat.

Acest tip de mesaje are un impact negativ în toate planurile atât la nivel familial și social, cât și profesional.

Faptul că emițătorul nu dorește să își exprime părerile și scopurile reale este un indicator al faptului că obiectivele și scopurile personale nu coincid cu cele ale celorlalți sau a organizației dacă este vorba de mediul profesional. În acest caz trebuie în primul rând clarificate aceste scopuri și obiective și apoi construite modalități de motivare și implicare a persoanei pentru îndeplinirea acestora.

A doua sursă a mesajelor duble o reprezintă imposibilitatea persoanei de a exprima ceea ce crede și dorește, fie pentru că nu are încredere în ceilalți fie pentru că nu știe cum să o facă. Antrenamentul asertiv își propune să învețe persoanele să își exprime direct credințele și sentimentele într-un mod neagresiv, să își susțină drepturile fără a leza drepturile altora.

Un comportament asertiv îi ajută pe oameni să acționeze în direcția intereselor lor prin exprimarea directă și onestă a gândurilor și sentimentelor proprii. (Alberti & Emmons, 1974; Longe & Jakubowski, 1976).

„Asertivitatea reprezintă o atitudine și o modalitate de acțiune în acele situații în care trebuie să ne exprimăm sentimentele, să ne revendicăm drepturile și să spunem «nu» atunci când nu suntem dispuși să facem un anumit lucru." (I. Holdevici, 2000, p.274).

La bază, asertivitatea implică afirmarea și susținerea drepturilor personale atunci când cineva le încalcă. Acest lucru poate fi efectuat prin vorbire directă și nu răspunzând în același mod. Comportamentul asertiv reprezintă calea de mijloc între două extreme: agresivitatea și supunerea.

Conduita non-asertivă sau submisă presupune desconsiderarea propriilor drepturi și supunerea exagerată față de dorințele și nevoile celorlalți. În mod tipic, cea mai mare problemă a lor este că nu pot refuza cererile irațională. Ei au dificultăți în a-și exprima dezacordul și dezaprobarea față de ceilalți și să ceară lucruri pentru ei. Conform terminologiei caracteriale, aceste persoane pot fi caracterizate ca timide, rușinoase, retrase, defensive. În cazul în care el le transmite celorlalți un mesaj care reflectă nesiguranța sa în legătură cu dreptul de a cere ceva, aceștia din urmă vor avea tendința să-i desconsidere solicitarea. Deși rădăcinile non-aservității nu sunt cunoscute, ele par a se găsi în grija excesivă de a câștiga aprobarea socială din partea celorlalți. Totuși, această strategie nu are șanse de reușită pentru că ea va atrage disprețul mai degrabă decât aprobarea celorlalți.

Comportamentul agresiv este mai greu de diferențiat față de cel asertiv. În principiu, diferența este foarte simplă. Comportamentul agresiv implică intenția de

a-l lovi pe celălalt, în timp ce comportamentul asertiv nu include asemenea intenţii. Problema în viaţa reală este că uneori cele două se pot suprapune. Oamenii în general izbucnesc faţă de ceilalţi în timp ce îşi susţin drepturile. Comportamentul dezirabil constă în a fi asertiv şi sigur pe sine, fără a deveni agresiv inutil. Persoanele agresive sunt insensibile faţă de sentimentele şi drepturile celorlalţi şi încearcă să oţină ceea ce doresc prin utilizarea constrângerii şi intimidării. Recurgând la forţă, aceşti subiecţi reuşesc să creeze pretutindeni conflicte şi animozităţi, determinându-i pe ceilalţi să adopte un comportament defensiv sau să treacă la luptă deschisă.

Există şi indivizi care nu-şi manifestă în mod deschis agresivitatea, ei comportându-se într-o *manieră pasiv-agresivă* şi opunând o rezistenţă indirectă la solicitările celorlalţi. O persoană este caracterizată de F. Lelord şi C. Andre (1988) astfel: manifestă rezistenţă la exigenţele celorlalţi, atât în domeniul profesional cât şi în viaţa personală, discută excesiv de mult ordinele, critică figurile autorităţii, într-un mod ocolit "tărăgănează" lucrurile, este intenţionat ineficientă, stă îmbufnată, „uită" anumite lucruri, se plânge că ar fi neînţeleasă ori desconsiderată, sau că este rău tratată. Acest gen de comportament este ineficient, pentru că generează ostilitate şi resentimente în rândul celorlalţi şi, datorită acestei atitudini din partea celor din jur, persoanele respective obţin rareori ceea ce vor.

Promotorii asertivităţii susţin că acest tip de comportament este mult mai adaptativ atât faţă de cel submisiv în cazul relaţiilor interpersonale încordate, în timp ce comportamentul agresiv tinde să promoveze vina, dizarmonia şi indiferenţa. Spre deosebire de acestea, comportamentul asertiv presupune o stimă de sine ridicată şi relaţii interpersonale mai satisfăcătoare.

O altă variantă a comportamentelor non-asertive este reprezentată de *stilul manipulativ*. Persoanele caracterizate prin acest mod de comportament obţin ceea ce vor deoarece îi determină pe ceilalţi să simtă vinovăţie sau compasiune faţă de ei, pozând în victime sau în martiri. Metoda manipulativă funcţionează numai în situaţiile în care persoana vizată nu realizează ceea ce se petrece.

„Spre deosebire de metodele de comportament descrise anterior, comportamentul asertiv implică solicitarea propriilor drepturi sau refuzul unor sarcini într-o manieră simplă, directă, deschisă, care nu urmăreşte să nege, să atace sau să-i manipuleze pe ceilalţi.

Această atitudine presupune respect şi consideraţie faţă de propria persoană şi faţă de cei din jur." (I. Holdevici, 2000, p.275).

Antrenamentul asertiv a fost introdus de Andrew Salter. După Forsyth, antrenamentul asertiv este un program de dezvoltare, care se desfăşoară individual sau în grup şi care urmăreşte dezvoltarea abilităţilor de exprimare a sentimentelor, de respingere sau modificare a credinţelor iraţionale.

Scopurile antrenamentului asertiv rezidă în:

- conştientizarea de către subiect a drepturilor sociale ce îi revin;
- operarea diferenţei dintre non-aservitate şi agresivitate;

Scanned with OKEN Scanner

- dezvoltarea unor deprinderi verbale şi non-verbale.

Pe parcursul antrenamentului asertiv se urmăreşte:

- învăţarea răspunsurilor specifice (modelare şi instructaj);
- reproducerea răspunsurilor (joc de rol);
- redefinirea răspunsurilor în funcţie de feed-back;
- restructurarea cognitivă (schimbarea credinţelor iraţionale);
- generalizarea instructajului, adaptarea la noi comportamente *in vivo* şi încurajarea generalizării lor în noi situaţii.

Antrenamentul asertiv are la bază trei principii:

1. Atunci când cineva face ceva bun pentru tine, trebuie să faci ceva bun pentru el.

2. Dacă oamenii acţionează în defavoarea ta şi nu conştientizează că au un comportament indezirabil, trebuie să le întorci şi celălalt obraz, depăşindu-ţi furia, tolerându-le imaturitatea şi discutând cu ei cu altă ocazie.

3. Atunci când cineva îţi face rău şi după ce încerci de două ori să rezolvi problema cu acea persoană şi nu obţii nici o schimbare în comportamentul său, trebuie să-i provoci o frustrare sau un disconfort egal, dar:

(1) fără furie,
(2) fără să te simţi vinovat,
(3) fără compasiune exagerată,
(4) fără frică de reacţia sa,
(5) fără frică de durere fizică sau de
(6) probleme financiare care ar putea apărea.

Pentru a putea urma un program de antrenament asertiv, primul pas constă în înţelegerea naturii asertivităţii. Pentru persoanele care nu cunosc acest lucru, procesul de clasificare este esenţial. Diferenţele pot fi exprimate în funcţie de modul cum se comportă oamenii faţă de propriile drepturi şi faţă de drepturile celorlalţi. Persoanele pasive îşi sacrifică propriile drepturi. Persoanele agresive tind să ignore drepturile celorlalţi. Persoanele asertive iau în considerare atât drepturile proprii, cât şi pe ale celorlalţi.

Al doilea pas constă în monitorizarea propriului comportament asertiv. Pentru majoritatea oamenilor, asertivitatea variază de la o situaţie la alta. Cu alte cuvinte, ei pot fi foarte asertivi în anumite situaţii şi timizi în altele. De aceea, după înţelegerea naturii asertivităţii, se impune monitorizarea comportamentului şi identificarea acelor situaţii caracterizate de non-asertivitate.

Al treilea pas îl constituie modelarea comportamentului asertiv. Odată identificate situaţiile non-asertive, este recomandabilă observarea unei persoane care se comportă sertiv în aceste situaţii şi imitarea acestui tip de comportament. Acest lucru este recomandat pentru că astfel (1) se învaţă modul de comportare în situaţii dificile şi (2) se observă recompensele pentru un comportament asertiv care vor întări tendinţele spre asertivitate.

Scanned with OKEN Scanner

După modelare urmează punerea în practică a comportamentului asertiv. Ultimul şi cel mai important pas îl constituie adoptarea unei atitudini asertive în viaţa reală. Majoritatea programelor de antrenament asertiv impun învăţarea anumitor răspunsuri pentru situaţii specifice. Totuşi, unii expertţi ca Shoemaker, Satterfield au subliniat faptul că, din nefericire, situaţiile reale nu sunt acoperite de cele descrise în cărţi. Prin urmare mult mai importantă decât învăţarea anumitor răspunsuri, îl reprezintă însuşirea unei noi atitudini care să exprime ideea că nu te mai vei lăsa dat la o parte de ceilalţi. Deşi, majoritatea programelor nu fac referiri explicite la atitudine, ele o formează indirect şi această atitudine este probabil crucială pentru însuşirea comportamentului asertiv.

Psihoterapia sau antrenamentul asertiv a fost utilizată atât ca metodă de desensibilizare cât şi de formare a unor abilităţi de a face faţă diverselor situaţii de viaţă. Această tehnică s-a dovedit eficientă mai ales în cazul subiecţilor care în mod constant îi lasă pe ceilalţi să-i manipuleze sau să profite de pe urma lor sau au dificultăţi în stabilirea unor contacte interpersonale din cauza anxietăţii accentuate care îi împiedică să se exprime liber.

Antrenamentul asertiv are menirea de a-l învăţa pe subiect să-şi exprime deschis şi adecvat gândurile şi sentimentele. Se acordă o atenţie specială dezvoltării unor abilităţi şi deprinderi de relaţionare interpersonală.

Bourne (1995) prezintă un model de antrenament asertiv în patru trepte. (I. Holdevici, 2000, p.276-282):

1. **Formarea comportamentului asertiv non-verbal.** Acest comportament presupune:

- Persoana asertivă trebuie să privească interlocutorul în ochi când i se adresează. Orientarea privirii în jos sau spre lateral indică nesiguranţa în legătură cu ceea ce solicită. Conduita diametral opusă, şi anume fixarea interlocutorului cu privirea are de asemenea efecte negative, pentru că îl poate pune pe acesta într-o poziţie defensivă.
- Adoptarea unei posturi care să exprime deschiderea. Astfel, dacă subiectul este aşezat, el nu trebuie să-şi încrucişeze picioarele şi braţele şi nici să ţină trunchiul aplecat. În cazul în care stă în picioare, este indicat să menţină o poziţie dreaptă, sprijinindu-se pe ambele picioare.
- Subiectul care comunică trebuie să se plaseze drept în faţa interlocutorului şi să nu facă mişcări care să sugereze retragerea.
- Interlocutorul trebuie tratat cu calm. În cazul în care subiectul în cauză este nervos este de dorit ca el să se descarce în altă parte.

2. **Recunoaşterea propriilor drepturi şi efectuarea unor exerciţii de luptă pentru obţinerea acestora.** Bourne (1995) prezintă o listă a drepturilor unui adult pe care mulţi se pare că le uită din cauza educaţiei sau a experienţelor de viaţă trăite anterior.

Scanned with OKEN Scanner

Lista drepturilor personale

1) Am dreptul să solicit ceea ce doresc.
2) Am dreptul să refuz solicitările cărora nu le pot face față.
3) Am dreptul să-mi exprim sentimentele, pozitive sau negative.
4) Am dreptul să-mi schimb opiniile.
5) Am dreptul să comit greșeli și să nu fiu totdeauna perfect.
6) Am dreptul să mă conformez propriilor mele sisteme de norme și valori.
7) Am dreptul să spun „nu" la tot ceea ce mi se pare că nu sunt pregătit să fac, este periculos sau îmi încalcă sistemele normele și valorile.
8) Am dreptul să-mi stabilesc propriile sisteme de priorități.
9) Am dreptul să nu mă simt responsabil pentru comportamentele, acțiunile, sentimentele și problemele celorlalți.
10) Am dreptul să solicit onestitate din partea celorlați.
11) Am dreptul să mă supăr pe o persoană la care țin.
12) Am dreptul să fiu eu însumi.
13) Am dreptul să mă simt speriat și să spun acest lucru celorlalți.
14) Am dreptul să spun „nu știu".
15) Am dreptul să nu prezint scuze și să nu-mi motivez comportamentul.
16) Am dreptul să iau decizii bazate pe propriile mele sentimente.
17) Am dreptul să-mi satisfac propriile trebuințe în timpul și în locurile pe care le consider potrivite.
18) Am dreptul să mă distrez și să fiu frivol.
19) Am dreptul să fiu mai sănătos decât cei din jurul meu.
20) Am dreptul să mă aflu într-o ambianță în care nu se abuzează de persoana mea.
21) Am dreptul să-mi fac prieteni și să mă simt bine în preajma celorlalți.
22) Am dreptul să mă schimb și să evoluez.
23) Am dreptul la respect din partea celorlați față de propriile nevoi și dorințe.
24) Am dreptul să fiu tratat ca o persoană demnă și respectabilă.
25) Am dreptul să fiu fericit.

3. Conștientizarea propriilor sentimente, dorințe și trebuințe

Este dificil ca o persoană să devină asertivă dacă nu-și dă seama ce simte, ce dorește și ce nu dorește. Comportamentul asertiv presupune ca subiectul să spună deschis ce simte și ce anume dorește. Este greșită presupunerea că ceilalți știu ceea ce dorește el, fiind necesar să-și exprime clar dorințele pentru că ceilalți oameni nu au posibilitatea să citească gândurile.

4. Exersarea răspunsurile asertive

- Descrierea problemei

Subiectului i se cere o descriere exactă a situației care îl supără. Aceasta trebuie să cuprindă atât referiri la persoana care îi creează probleme (cine), perioada

Scanned with OKEN Scanner

când are loc interacţiunea disfuncţională (când), ce anume îl supără, cum consideră că ar putea rezolva situaţia, temerile legate de punerea în acţiune a comportamentului asetiv, cât şi obiectivele vizate în situaţia respectivă.

- Declanşarea răspunsului asertiv

Odată definită situaţia, urmează elaborarea răspunsurilor asertive, care se realizează în mai multe etape.

- Evaluarea drepturilor personale în cadrul situaţiei date.
- Precizarea perioadei de timp în care subiectul doreşte să se producă schimbarea.

Interlocutorul trebuie informat cu exactitate care este problema şi care sunt consecinţele acesteia asupra persoanei în cauză.

- Subiectul trebuie să-şi exprime clar şi sentimentele legate de situaţia creată, solicitările referitoare la schimbarea dorită şi consecinţele rezolvării problemei pentru ambele părţi.
- Nu se acceptă sub nici o formă ca subiectul să se scuze atunci când solicită ceva. Astfel, acesta nu trebuie să spună „vă rog să mă iertaţi că abuzez de timpul dumneavoastră, dar aş dori să ...", ci doar „aş dori să ...". În cazul în care interlocutorul reacţionează agresiv, critic sau sarcastic, solicitarea trebuie repetată cu calm şi fermitate.
- Pentru a obţine rezultatul dorit este necesar ca subiectul să solicite, nu să comande sau să impună ceva altei persoane. Impunerea şi comanda reprezintă moduri agresive de comportament care se bazează pe supoziţia falsă a subiectului că totdeauna are dreptate şi că cele solicitate i se cuvin.
- Este indicat să se negocieze în mod deschis şi să fie expuse câştigurile obţinute de ambele părţi în cazul în care partenerul cooperează.

Un aspect important al comportamentului asertiv constă în capacitatea de a refuza o solicitare ce contravine propriilor dorinţe şi nevoi. Pentru situaţiile mai dificile Bourne sugerează parcurgerea următoarelor etape (I. Holdevici, 2000, p. 281):

- repetarea solicitării pentru ca interlocutorul să fie încredinţat că s-a înţeles despre ce este vorba;
- prezentarea motivelor refuzului;
- exprimarea refuzului;
- propunerea unei alternative convenabile pentru ambele părţi.

În majoritatea cazurilor, comportamentul asertiv duce la obţinerea rezultatelor scontate. Trebuie subliniat faptul că un comportament asertiv implică dezvoltarea mai multor abilităţi de comunicare, cum ar fi, de pildă, abilitatea de a-l asculta pe celălalt şi de a negocia o formulă de compromis care poate satisface ambele părţi. Toate aceste elemente vor fi extrem de importante în prevenirea sau rezolvarea unei situaţii de criză.

Scanned with OKEN Scanner

Rezolvarea conflictelor

Conflictul este deja o situație de criză. Acesta semnifică neînțelegere, cioc-nire de interese, dezacord, ceartă și poate apărea din mai multe cauze. Putem vorbi aici despre divergențe de interese sau scopuri, mesaje duble sau alte deficiențe de comunicare.

Elementele conflictului sunt aceleași indiferent de numărul de participanți sau de apartenența acestora la un grup sau altul. „Conflictul își are rădăcina nu numai în diferențele de concepții, de interese, de scopuri interpersonale sau de grup ci și în dificultățile de comunicare, lipsa de informații, în slaba capacitate de rezolvare a problemelor , în stilurile defectuase de confruntare, în rolurile și jocurile pe care le practică uneori partenerii" (C. Oancea, 2002, p. 313).

Problema principală este ca fiecare se percepe eronat pe sine și implicit pe ceilalți și răspunde la mesajele celuilalt conform acestei percepții eronate. Astfel de distorsiuni sunt: percepția în oglindă în care fiecare se simte victima a nedreptății celuilalt, perceperea clara a actelor ostile ale celuilalt, dar ignorarea celor proprii, standardele duble de moralitate care justifică acțiunile proprii, dar le fac incalifica-bile pe ale celuilalt, gândirea polarizată care aduce o viziune simplificată asupra conflictului în care fiecare participant consideră ca tot ceea ce face el este bine și tot ceea ce face celălalt este rău.

Conflictul se poate desfășura la mai multe niveluri. Primul este de apariție și cristalizare a conflictului în care unul sau mai mulți dintre cei implicați conștienti-zază existența unor divergențe pe care le poate percepe ca pe nedreptăți și devine nemulțumit și frustrat, intrând într-o stare de tensiune conflictuală. Dacă lucrurile se vor opri aici atunci avem de a face cu un conflict latent, care nu poate fi rezolvat intrucât informațiile care ar putea duce la rezolvarea acestuia nu sunt impărtășite sau cunoscute de toate persoanele implicate. Nu sunt cunoscuți determinanții sau situația de fapt. Rolul consilierului în această situație este de a aduce la suprafață conflictul pentru ca persoanele implicate să îl poată cunoaște, gestiona și rezolva.

In cazul în care se ajunge la etapa de manifestare a elementelor de nemulțu-mire putem vorbi despre trecerea catre conflictul deschis, manifest și care se poate prezenta ca „ceartă". Dupa C. Oancea (2002) aceasta implica o dinamică în trei etape.

Prima este cea de început în care se exprimă tensiunea conflictuală și este dezvăluită tematica nemulțumirilor. Pot apărea atât atitudini destructive, fiecare plângere a unei părți fiind combătută de o plângere a celeilate părți și neexistând nici o intenție de acceptare sau de înțelegere a celuilalt punct de vedere, cât și ati-tudini pozitive, de ajutor. Acestea din urmă trebuie dezvoltate, ele stând la baza pro-cesului de rezolvare a conflictului. Vorbim aici despre faptul că fiecare află (chiar dacă parțial) punctul de vedere al celuilalt. Dacă fiecare va acorda atenție mesaju-lui (atât verbal, cât și non-verbal) transmis de celălalt, atunci se va putea ajunge la o soluție.

Scanned with OKEN Scanner

A doua etapă este cea în care disputa atinge apogeul, devenind foarte înfierbântată. Atitudinile negative care pot apărea în acest moment şi care sunt distructive sunt de interpretare distorsionată de către una dintre părţi a ceea ce gândeşte şi simte cealaltă parte şi de atacare a acestora ca fiind greşite. Atitudinea pozitivă este de interpretare corectă a mesajului şi de descriere onestă a propriilor sentimente, chiar în cazul momentelor tensionate.

Cea de-a treia etapă este cea în care cearta se domoleşte şi apare tendinţa de negociere. În această fază atitudinea destructivă care poate apărea este cea de a respinge orice propunere de compromis din partea celeilalte părţi. Atitudinea pozitivă, cea care trebuie încurajată este de ajustare a propriului punct de vedere sau de acceptare a unui compromis.

Consilierului îi revine rolul de a aduce în prim-plan şi de a întări manifestarea acestor atitudini pozitive care pot duce catre o încheiere satisfăcătoare pentru toate părţile implicate. De asemenea este foarte important ca persoanele implicate într-un conflict să înţeleagă ce anume din atitudinea lor a dus la apariţia acestuia şi ce anume îl întreţine.

Aceasta etapă presupune deja o intervenţie terapeutică.

Vom prezenta în cele ce urmeaza 3 studii de caz care pot exemplifica modul în care se poate lucra cu conflictul astfel încât acesta sa fie declarat, înţeles de către persoanele implicate şi rezolvat. Consilierea s-a desfăşurat în cadrul unui grup real.

Ana şi Florin

Încă de la intrarea în scenă a cosilierului era evidentă existenţa unei atmosfere tensionate între cei doi, care , de altfel, sunt în relaţii destul de apropiate. Li s-a propus să discute problema, dar au refuzat afirmând că „nu este nici o problemă". Atmosfera tensionată persista.

In sedinţa respectivă Ana urma să fie caracterizată de ceilalţi colegi. Vom reda în continuare un fragment de dialog.

Terapeutul: Florin este rândul tău.

Florin: Nu ştiu dacă vreau să spun ceva; tot ce aş spune acum ar fi de rău.

T.: Bine cum doreşti.

F.: N-aş prea vrea să o caracterizez. Acum îmi vin în minte doar lucrurile rele. (Face o pauză; continuă să se uite în pământ) Este o fată deosebită, o prietenă nemaipomenită. Eu ţin foarte mult la ea şi mă deranjează când ea nu are încredere în mine.

T.: Nu are încredere în tine.

F: Era un moment în care aveam nevoie să aibă încredere în mine. Şi în loc de asta m-a tratat ca pe un copil mic. Îmi tot dă sfaturi, de parcă n-aş fi în stare să mă descurc sindur.

T.: Florin, spune-i Anei toate acestea.

Scanned with OKEN Scanner

(Ana stătea în banca din fața lui Florin cu fața către el; Florin stătea, în continuare cu ochii în pământ, ridicându-i doar din când în când către consilier.)

F.: Nu pot să-i spun ei.

T.: Încearcă totuși!

F.: (ridică ochii, începe să spună ceva, se întrerupe) Nu, nu pot.

T.: Florin, spune-i Anei ce ți-ai dori de la ea.

F.: (inițial cu ochii plecați, ulterior îi ridică) Eu țin foarte mult la tine și mă deranjează când tu nu ai încredere în mine. Nu vreau să-mi dai sfaturi. Vreau să ai încredere că pot să mă descurc singur.

T.: Ana, ai vrea să-i răspunzi ?

A. (deja cu lacrimi în ochi): Da, Florin, știu că am tendința să dau prea multe sfaturi; ăsta e felul meu.

F.: Știu, dar pe mine mă deranjează. Am impresia că tu nu ții la mine.

A.: Ba da, Florin, ăsta-i modul meu de a arăta că-mi pasă. De fapt, nici nu am știut că te deranjează atât de mult.

F.: Dar ți-am spus.

A.: Cred că nu te-am prea ascultat. Știi, am să încerc să am mai multă încredere în tine. Îmi pare rău (se ridică și-l îmbrățișează; amândoi zâmbesc, Ana printre lacrimi).

În acest caz sarcina terapeutului a fost destul de ușoară, ambii protagoniști ai conflictului dorind rezolvarea acestuia. Problema a fost că, atâta vreme cât au discutat singuri nu au fost capabili să treacă de propriile sentimente rănite și să-l asculte pe celălalt. Terapeutul a mediat realizarea unei comunicări eficiente.

Ana a fost respinsă (sau a avut impresia că a fost respinsă) la intrarea ei în acest colectiv și de aceea are tendința, în mod compensator, să ofere altora ce și-ar fi dorit ea la venirea în clasă. Are tendința să fie „mămoasă", protectoare cu membrii colectivului și să ofere sprijin afectiv.(Această tendință poate fi explicată și de faptul că ea este cea mai mare ca vârstă în grup). Această tendință a putut fi constatată și pe parcursul altor ședințe, în special față de noii veniți în colectiv.

Florin este un tânăr de 19 ani, care începe să își definească identitatea de bărbat. Modul în care l-a tratat Ana l-a deranjat foarte tare, cu atât mai mult cu cât acordă foarte mare importanță părerii celorlalți și este, într-o oarecare măsură, un lider al grupului. Este, de asemenea, foarte apropiat de Ana.

Conflictul a apărut pentru că Ana a oferit ceea ce credea ea că Florin are nevoie. Acesta, deranjat, a reacționat agresiv. Riposta lui agresivă a făcut-o pe Ana să se apere. Astfel fiecare era prea ocupat să se simtă prost și să se apere pentru a mai avea timp să-l asculte pe celălalt. Secvența de terapie a permis coborârea barierelor de apărare și realizarea, în final, a unei comunicări autentice.

Analiza dialogului pune în evidență o serie de elemente. Inițial, Florin afirmă că n-ar putea spune ceva bun despre Ana, dar începe cu ceva pozitiv, cu faptul că

Scanned with OKEN Scanner

ţine la ea. Contradicţia apare datorită raţionalizării, el considerând că va spune ceva negativ, pentru că starea sa este negativă. Dar dacă convingerile se schimbă mai rapid, sentimentele se modifică mai încet. Astfel, afirmaţia sa ţinea de perioada de dinaintea conflictului. De altfel, afirmaţia a fost foarte bună, pentru că investiţia pozitivă a condus la coborârea barierelor şi, în acel moment, Ana a început să-l asculte.

Dialogul a fost la început destul de impersonal. In ciuda distanţei fizice foarte mici între cei doi, Florin era destul de departe. Se uita în jos şi nu se adresa nimănui, sau se adresa, cel mult, terapeutului. Când acesta i-a cerut să personalizeze discuţia, să-i spună direct Anei ce avea de spus, a apărut blocajul. In urma insistenţelor, blocajul a dispărut şi discuţia a devenit din ce în ce mai personală, astfel încât la sfârşit nu a mai fost nevoie de intervenţia terapeutului, ei fiind în stare să discute singuri, în mod real şi autentic, ascultându-se unul pe celălalt.

Succesul demersului terapeutic a fost demonstrat de îmbrăţişarea de la sfârşit, ca şi de figurile şi posturile mult mai destinse ale celor doi participanţi.

Mihai

Mihai a spus iniţial că nu doreşte să fie caracterizat de ceilalţi membri ai grupului. Ulterior, fără nici un fel de presiune, şi-a schimbat părerea, afirmând că doreşte totuşi să cunoască părerea celorlalţi despre el.

Pe măsură ce colegii îl caracterizau, figura lui Mihai devenea din ce în ce mai mohorâtă. Caracterizările tuturor au gravitat în jurul unui model general care îl prezenta pe Mihai ca fiind un tip închis, foarte puţin sociabil, ataşat doar de un alt coleg nou venit (care fusese la rândul lui caracterizat ca fiind „ciudat") incapabil să se impună şi care se lasă călcat în picioare.

În final, a trebuit să-şi exprime propria opinie despre ce spuseseră colegii lui despre el.

Mihai: Da...probabil toţi au dreptate. Dar, de fapt, ei nu mă cunosc.

Terapeutul: Atunci spune-le ce ar trebui să ştie.

M.: Oricum nu vor să audă. Oricum nu mă ascultă.

T.: Acum te ascultă. Spune-le !

M.: (ezită) Ştiu de ce consideră ei că mă las călcat în picioare. Dar...

Florin (îl întrerupe) Nu zici nimic. Ne laşi pe noi să facem ce vrem cu tine şi nu zici nimic. Pe mine asta mă ambiţionează, îmi vine să-ţi fac şi mai multe. Ca atunci în autobuz.

T.: Ce s-a întâmplat în autobuz?

Ana: Florin şi Alex l-au dus până la capătul unei linii de autobuz, la capătul celălalt faţă de locul unde stă Mihai.

T.: Mircea, vrei să ne spui ce s-a întâmplat?

M.: Nu mi-au dat voie să cobor.

T.: Şi cum te-ai simţit atunci?

Scanned with OKEN Scanner

M.: M-am simțit neputincios, incapabil. Și ...

F.: (îl întrerupe din nou) Dar nu faci nimic. Nici atunci nu ai făcut nimic. Pe mine asta mă incită.

T.: Florin, vrei să asculți ce are Mihai de spus? L-ai întrerupt deja de două ori. Mihai, cum te simți atunci când ești întrerupt?

M.: Ca de obicei. De regulă nu mă ascultă. Așa că, oricum nu are rost să mai zic ceva.

Ana: Ce-i drept, noi nu prea știm multe despre el. (Ana le face semn să tacă lui Florin și Alex, care comentează ceva, în spate).

T.: Mihai, acum ai ocazia să le spui ce vrei de la ei.

M.: (cu ochii în pământ și vocea destul de scăzută) Să mă asculte.

T.: Poți să spui asta ceva mai tare?

M.: (cu o voce ceva mai ridicată) Să mă asculte. Să nu mă mai trateze așa, să nu-și mai bată joc de mine.

T.: Mihai, suie-te pe scaun și spune-le asta.

M.: (ezită) Nu pot face asta.

T.: Încearcă totuși!

M.: Nu, nu cred că pot să fac asta.

Următoarea secvență a presupus un joc de rol, cu inversarea rolurilor.

T.: Florin, am să te rog acum să treci în locul lui Mihai. Încearcă să te simți Mihai. Tocmai ai fost plimbat cu autobuzul prin tot orașul. Vezi cum te simți. Mihai, treci în locul lui Florin, fii Florin. Vezi ce simți acum față de Mihai. Spune-ne cum te simți.

M.: Este cam fraier. Nu prea știe ce vrea. Îl disprețuiesc un pic.

T.: Florin, acum ești Mihai. Cum te simți?

F.: Neplăcut, neputincios, inferior. (i se adresează în continuare lui Alex) Da, este foarte nasol.

T.: Mihai, fii Mihai din nou. Ce ai vrea să le spui lui Florin și Alex?

M. (adresându-se direct celor doi): Aș vrea să vă spun că mă deranjează glumele astea. Vouă vi se par distractive, dar pe mine mă deranjează. Mie nu mi se par amuzante. (se întoarce către terapeut) Ar fi trebuit să le spun asta mai demult.

T.: Ce te-a împiedicat să o spui?

M.: Eram sigur că nu or să mă asculte.

T.: Și acum?

M.: Poate au să asculte; eu am să le spun oricum.

Ultima secvență a constat într-un exercițiu de balansare. Într-un spațiu liber s-a format un cerc de opt participanți, printre care și Florin, Ana și Alex. Mihai a

fost introdus în mijloc, i s-a cerut să închidă ochii şi să se menţină drept (ca o scândură). Ceilalţi urmau să-l împingă de la unul la altul, în cadrul cercului, având grijă să nu-l scape. Exerciţiul a durat în jur de două minute, pe parcursul cărora Mihai nu a deschis ochii şi a păstrat o poziţie relaxată, fără să-şi mişte picioarele.

T.: Mihai cum a fost?

M.: Bine, chiar mi-a plăcut.

T.: Ţi-a fost temă că au să te scape?

M.: Nu, ştiam că n-au să mă scape. Dar îmi este teamă că atitudinea lor va dura doar pe parcursul şedinţei şi, după aceea, totul va fi la fel.

T.: Ce te face să crezi asta?

M.: Nu prea am încredere. Dar sper că totuşi va fi altfel.

T.: Vom vedea. Cum a fost pentru ceilalţi? Florin?

F.: Mi-a fost teamă să nu îl scap. Dar nu s-a întâmplat asta. Mă simţeam responsabil pentru Mihai.

T.: Alex?

Alex.: (nu foarte convins) Da, şi eu mă simţeam responsabil.

T.: Bine. Ne vom opri aici.

Mihai este, în general, mai retras, poate şi din cauza faptului că a avut multe probleme de sănătate şi a lipsit foarte mult. Este un tip interiorizat şi timid. Ar putea fi caracterizat ca melancolicul grupului. Mihai îşi doreşte foarte mult să fie inclus în colectiv, dar este prea timid pentru a face ceva în acest sens. De altfel, timiditatea a reprezentat şi motivul pentru care a fost luat în derâdere de Florin şi Alex. Aceştia, incitaţi de atitudinea lui timidă, l-au pus într-o serie de situaţii neplăcute, fără să conştientizeze trăirile puternic negative ale lui Mihai.

Obiectivul secvenţei terapeutice a fost sprijinirea lui Mihai să-şi depăşească inhibiţiile legate de afirmarea propriilor dorinţe şi nevoi în colectiv. Un alt obiectiv l-a constituit ajutarea celorlalţi să-l cunoască mai bine pe Mihai, să-l înţeleagă, să-l accepte şi să-l includeă în colectiv.

Analiza dialogului arată că Mihai ajunge în final să-şi exprime trebuinţele, dar nu este încă pregătit să se impună (când i s-a cerut să urce pe scaun pentru a le spune celorlalţi ce doreşte de la ei nu a fost capabil să o facă; de asemenea, dorinţele au fost exprimate destul de tare, dar nu foarte tare).

Mihai a fost ajutat de către grup şi de către terapeut să-şi conştientizeze propriul său gând negativ automat: „Nu are rost să spun ce gândesc pentru că, oricum, nu voi fi ascultat." A fost verificată veridicitatea acestui gând automat dovedindu-i-se că nu era justificat. Mihai a învăţat că, dacă insistă, celălalt îl va asculta şi că trebuie să persiste.

De asemenea ceilalţi au înţeles că, dacă Mihai păstrează tăcerea, aceasta nu se datorează faptului că nu are nimic de spus, ci trebuie pusă pe seama temerii că nu va fi ascultat.

Scanned with OKEN Scanner

Dialogul cu Mihai a condus la apropierea lui de ceilalți; el le-a devenit mai cunoscut, mai familiar și astfel mai apropiat.

Jocul de rol cu roluri inversate a avut ca obiectiv conștientizarea unor pattern-uri de interacțiune și dezvoltarea altora noi, eventual mai puțin agresive. A fost ales Florin să preia rolul lui Mihai pentru că el s-a dovedit liderul tandemului Florin-Alex. Florin a înțeles și a încercat să simtă ce simte Mihai când este supus unor asemenea glume, pe care cei doi le considerau nevinovate. A înțelege victima și a simți ce simte aceasta sunt modalități prin care persecutorul poate fi determinat să renunțe la acest rol (dacă este vorba de un individ normal). În același timp, Mihai a înțeles cum era privit de alții și cum erau înțelese acțiunile sale de aceștia. Conștientizarea se constituie ca prim pas în dobândirea unei conduite asertive. În final, devine capabil să-și exprime în mod hotărât, dar neagresiv, dorințele.

Ultima secvență a vizat dezvoltarea încrederii lui Mihai în ceilalți, ca și dezvoltarea sentimentului de responsabilitate la ceilalți. Surprinzător a fost că Mihai a adoptat o atitudine deosebit de relaxată în timpul exercițiului de balansare, fără să se teamă. Aceasta poate fi fie rezultatul desfășurării ședinței, în timpul căreia el a constatat că se poate baza pe ceilalți, că poate avea încredere în ei, ori o atitudine anterioară ședinței. Ceea ce contează nu este proveniența atitudinii, ci existența ei, încrederea în ceilalți fiind una dintre premisele de bază ale terapiei și consilierii de grup.

Ceilalți au fost puși în situația de a avea grijă de Mihai, de a fi responsabili față de el. Alegerea lui Florin și a lui Alex în acest grup care trebuia să-l susțină pe Mihai, a fost intenționată, obiectivul fiind de a dezvolta în aceștia sentimente de responsabilitate față de Mihai.

Un alt obiectiv al exercițiului l-a constituit apropierea psihică pe baza apropierii fizice. Exercițiul presupune formarea unui cerc foarte strâns, în care cei de pe margine au umerii lipiți unii de alții, iar suprafața cuprinsă de cerc este de aproximativ 1 mp. Cel din centru este foarte aproape de toți ceilalți, iar balansarea implică atingere și acordarea permisiunii la atingere. Atingerea și apropierea fizică generează apropiere psihică.

Chiar dacă au lucrat efectiv doar o parte a membrilor grupului, ședința a fost importantă pentru toți. Participarea a fost generală, lucru dovedit de liniștea din grup și de atenția cu care acesta a urmărit exercițiul până la sfârșit. Toți au ajuns să-l cunoască mai bine pe Mihai și să-l simtă mai apropiat.

Radu

Radu a venit în aceast colectiv de câteva luni.

Majoritatea celor care l-au caracterizat au spus că nu pot să afirme că-l cunosc pe Radu. La prima lor impresie li s-a părut un tip destul de ciudat și care dorește să se impună într-un mod mai bizar. Când li s-a cerut să spună ce înseamnă acest mod mai bizar de a se impune s-au referit la faptul că aduce în discuție tot felul

Scanned with OKEN Scanner

de idei care şochează. Foarte mulţi au considerat că „se dă mare„. Totuşi atitudinea generală era mai degrabă de expectativă decât de respingere.

Ana a fost ultima care l-a caracterizat pe Radu.

A: De fapt eu îl cunosc cel mai bine. Cred că este un tip de treabă care vrea să facă parte din grupul nostru. Eu am discutat cu el destul de mult şi cred că am ajuns să-l cunosc. Este un tip deosebit.

T.: Radu, ai auzit ce su spus colegii tăi. Tu ce ai de spus?

R.: Eu nu mă consider un tip ciudat. Sunt pur şi simplu un om normal. Imi place să discut şi ăsta este modul meu de a gândi. Este adevărat că Ana mă cunoaşte mai bine şi tocmai de aceea m-a deranjat ce a făcut.

A.: Adică ce am făcut?

R.: Lasă că ştii tu!

T.: Văd că există o problemă. Aţi dori să o discutăm aici şi să încercăm să o rezolvăm? (cei doi aprobă) Bine. Radu, spune-i Anei ce anume te-a deranjat.

R.: Ana a mers cu mine undeva şi a făcut o remarcă nepotrivită în faţa altcuiva. Cum a putut să zică aşa ceva şi, mai ales când mai era cineva de faţă?

A.: Tu m-ai rugat să vin cu tine.

R.: Tu te-ai oferit ! Nu ţi-am cerut eu. Şi ce-ţi veni să spui aşa ceva?

A.: Eu ...

R. (îi taie vorba): M-am simţit ca un prost.

T.: Radu, las-o să spună ce are de spus.

A.: Eu nu mi-am dat seama că te deranjez atât de tare.

R.: Ar fi trebuit să-ţi dai seama. Nu este prima oară când faci aşa ceva.

T.: Radu, spune-i Anei ce anume îţi doreşti tu de la ea.

R.: Să se gândească la ce spune şi că poate să deranjeze.

T.: Vorbeşti în general. Spune-i exact ce anume doreşti de la ea.

R.: Să nu-mi mai spună chestii care să mă facă să mă simt prost, mai ales în faţa altora.

T.: Mai exact.

R.: E vorba de ce a spus atunci.

T.: Ana?

A.: Poate are dreptate. Pur si simplu nu m-am gândit.

Discuţia s-a terminat în acest moment, din cauză că s-a încheiat şedinţa. Dar se atinseseră deja o serie de puncte. În primul rând, Radu a primit din partea grupului în care doreşte să se integreze un feed-back pe baza căruia poate evalua eficienţa strategiei sale de integrare.

În al doilea rând el a trecut de la nivelul discuţiilor la nivelul ideatic, la afirmarea a ceea ce simte; acest lucru i-a făcut pe ceilalţi să îl privească cu alţi ochi. Până în acest moment nu a discutat niciodată în mod real despre el ci doar expusese o serie de idei; în sfârşit, apare în faţa celorlalţi ca o persoană cu idei şi sentimente şi nu doar ca cel care expune nişte idei, eventual şocante.

Scanned with OKEN Scanner

Un alt lucru pozitiv, care se constituie ca un indicator al programului desfăşurat până în acest moment, este că cei doi au acceptat imediat, fără ezitări, medierea propusă de consilier. Aceasta dovedeşte că există o oarecare încredere în terapeut şi în succesul tehnicilor propuse de acesta.

Ultima parte, discuţia cu Ana, a presupus mai mult lucrul cu ea decât cu Radu. Astfel, Ana a conştientizat tendinţa ei de a juca rolul salvatorului şi de a se constitui ca element de legătură între clasă şi mai noii veniţi. Pe de altă parte are tendinţa, de pe această poziţie, să spună diverse lucruri care-l pun pe interlocutor într-o situaţie de inferioritate şi pe ea într-una de superioritate.

Radu a avut şi el de câştigat prin faptul că şi-a conştientizat şi şi-a exprimat dorinţele în mod concret. Exprimarea asumată a propriilor dorinţe este primul pas în rezolvarea conflictului.

Toate situaţiile prezentate au pornit de la tehnica de caracterizare reciprocă.

Tehnica a fost descrisă în lucrarea „Teoria educaţiei în sprijinul orelor de dirigenţie" (Steliana Năstăsescu-Cluceru şi Steliana Toma, 1993) şi constă în caracterizarea fiecărui membru al grupului în faţa celorlalţi. Fiecare elev îşi alege o grupă de patru sau mai mulţi colegi care îl vor caracteriza. În etapa următoare acesta va trebui să se caracterizeze el însuşi. În final consilierul poate prezenta rezultatele obţinute la o probă obiectivă de evaluare a personalităţii.

Exerciţiul este foarte util în special în grupurile reale, avand ca efect şi punerea în evidenţă a potenţialelor conflicte între membrii grupului. Vom reveni mai detaliat asupra acestei tehnici în secţiunea dedicată feed-back-ului.

Majoritatea exerciţiilor şi tehnicilor prezentate anterior, şi în special cele de caracterizare sau de conştientizare a poziţiei în grup, permit punerea în evidenţă a unor potenţiale conflicte, trecerea acestora de la conflicte închise la conflicte deschise, manifeste.

Pentru rezolvarea acestora este necesară intâlnirea, punerea faţă în faţă a persoanelor implicate în conflict astfel încât acestea să îşi exprime clar problemele, nemulţumirile, iar conţinutul comunicării să fie cunoscut şi împărtăşit de toţi membrii. Doar în acest moment se poate vorbi despre rezolvarea conflictului.

În cadrul acestei intâlniri consilierul trebuie să se constituie ca mediator, să îi înveţe pe participanţi să comunice asertiv şi să scoată în evidenţă importanţa unei atitudini bazate pe cooperare. Pe scurt este necesar sa utilizeze toate abilităţile de comunicare, negociere dezvoltate la nivelul grupului prin exerciţiile prezentate anterior.

Antrenamentul de rezolvare a unoir probleme de viaţă

Confruntarea cu situaţiile problematice şi tentativele de rezolvare a acestora ocupă o mare parte din sfera comportamentului uman. „Principala finalitate a sistemului cognitiv este de a rezolva probleme" (M.Miclea, 1994, p. 403).

Scanned with OKEN Scanner

Reprezentările cognitive asupra mediului şi calculele efectuate asupra acestora sunt realizate cu scopul de a spori adaptabilitatea organismului la mediu, de a-l ajuta să rezolve probleme de orice fel.

Apariţia unei probleme poate fi echivalentă cu apariţia crizei. Dacă grupul nu are abilităţi de rezolvare a problemelor, este posibil să se aleagă o soluţie care să nu fie în acord cu toate elementele problemei – scopul grupului şi persoanele din grup.

Antrenamentul de rezolvare a problemelor vizează gândirea nespecifică, inteligenţa generală şi creativitatea individului. Acest antrenament ar putea ajuta persoana să rezolve o paletă mai largă de sarcini, permiţându-i să depăşească sentimentul de incompetenţă şi să fie mult mai sigur pe sine. Această siguranţă se asociază cu o raportare mai adecvată la sarcină şi, în final, cu obţinerea succesului, cu întreaga suită de efecte pozitive în planul stimei de sine şi autoafirmării.

După M.Miclea (1994), o problemă apare atunci când individul intenţionează să-şi realizeze un scop, sau să reacţioneze la o situaţie stimul pentru care nu are răspuns adecvat stocat în memorie. Concret, o problemă apare atunci când există:

- o stare iniţială a organismului şi a mediului său;
- o stare scop, o situaţie dezirabilă, diferită de cea iniţială, pe care individul este motivat să o atingă;
- o mulţime de acţiuni, sau operaţii a căror realizare face plauzibilă atingerea scopului.

Absenţa oricăruia dintre aceste elemente suspendă problema; dacă situaţia actuală este complet satisfăcătoare, sau dacă nu există o situaţie diferită de cea actuală, pentru a-l motiva pe subiect, nu există problema; de asemenea, dacă individul nu dispune de un repertoriu de acţiuni sau operaţii, care să permită atingerea scopului, comportamentul rezolutiv nu apare.

- „Diferenţa existentă la nivelul stării actuale, a motivaţiei pentru atingerea unei stări dezirabile, a capacităţii operatorii şi a modului de estimare a şanselor de reuşită, rezidă în diferenţele interindividuale ale repertoriului de probleme„(idem, p. 406).

Pentru obţinerea unei strategii rezolutive eficiente este necesar ca individul să găsească cât mai multe posibilităţi de rezolvare şi, în acelaşi timp, să fie capabil să găsească avantajele şi limitele fiecărei modalităţi rezolutive. Persoana trebuie învăţată să yadă că există mai multe variante rezolutive şi că acestea au părţi pozitive şi negative.

Cele două variabile, motivaţia pe de o parte şi ansamblul de acţiuni şi operaţii, pe de altă parte, se află într-o strânsă legătură şi interdependenţă, modificarea fiecăreia determinând modificări la nivelul celeilalte. Cu cât persoana este mai motivată pentru sarcină, cu atât mai mult va căuta să găsească strategii rezolutive cât mai bune şi, cu cât dispune de procedee rezolutive mai productive, cu atât încrederea că poate face faţă situaţiei este mai mare, rezultatele sunt mai bune şi creşte motivaţia pentru o activitate care aduce satisfacţii. Bineînţeles trebuie să fie

Scanned with OKEN Scanner

vorba de un optim motivațional, ca și de un optim al încrederii în sine, atât supra sau submotivarea, cât și supra sau subevaluarea putând conduce la eșec.

Influențarea acestor două variabile se poate realiza pe multiple căi:

- prin tehnici și metode aparținând terapiei cognitiv-comportamentale și gestaltiste;
- prin antrenament de dezvoltare a creativității.

Sank și Shaffer (1984) propun opt etape în procesul de rezolvare de probleme:

1. Identificare problemei – trebuie specificat ce anume a dus la apariția acestei probleme, ce o întreține, cine sunt persoanele implicate etc.
2. Stabilirea obiectivrlor – in care persoana își stabilește foarte exact obiectivele, ce inseamna pentru ea faptul că această problemă este rezolvată.
3. Stabilirea unor soluții alternative – și aici poate fi foarte util un exercițiu de tip brain-storming, în care persoana generează cât mai multe idei, importantă nefiind calitatea lor ci cantitatea.
4. Evaluarea soluțiilor alternative – în care acestea sunt evaluate tinând cont de argumentele pro și contra și la final fiecare primește o notă de la 1 la 10.
5. Adoptarea deciziei – in care pe baza notelor obținute se decide care este cea mai bună soluție.
6. Verificarea – în care este reevaluată soluția aleasă pentru a stabili dacă într-adevar este cea optima. Dacă după aceasta reevaluare se constată ca nu este soluția optimă, procesul se va relua de la pasul al treilea.
7. Pregătirea implementării soluției – în care persoana stabilește un plan de aplicare a soluției alese, preferabil referindu-se la acțiuni concrete și stabilind termene limită de punere în practică a acestor soluții.
8. Aplicarea în practică a soluției alese – în care persoana va acționa concret pentru indeplinirea activităților stabilite.

Acest demers rezolutiv se poate aplica și individual dar el este mai eficient în grup pentru ca membrii pot aduce mai multe perspective diferite atât asupra cauzelor și elementelor care întrețin problema cât și asupra soluțiilor potențiale.

Vom pune prezenta în cele ce urmează o *tehnică de punere în evidență a relațiilor cauzale* care va permite evidențierea situațiilor care au dus la apariția problemei dar și a elementelor ce o întrețin și care pot fi modificate sau nu. Astfel de exerciții pot fi utile și în grupurile reale dar sunt specifice în principal grupurilor artificiale și vizează găsirea unor paternuri rezolutive aplicabile oriunde, inclusiv în grupurile reale.

„Arborele" cauzal

Număr de participanți: 20-30 subiecți, durata: 50 minute.

Li se cere participanților să găsească motivele pentru apariția unei probleme și ce anume stă în spatele acestor motive; se desenează arborele pe flip-chart; a doua

Scanned with OKEN Scanner

etapă presupune ierarhizarea cauzelor şi stabilirea celor care sunt dependente de membrii grupului şi care nu; se ajunge la concluzia că marea majoritate depind, într-o măsură oarecare de individ; se găsesc laturile care ţin de individ; a treia etapă presupune găsirea unor posibile soluţii.

Obiectivele rezidă în conştientizare a cauzelor problemei; stabilirea şi conştientizarea propriei responsabilităţi şi găsirea unor alternative de rezolvare; dezvoltarea abilităţilor de ierarhizare şi eventual de stabilirea de priorităţi.

Vom prezenta de asemenea şi un exerciţiu de rezolvare de probleme pe o temă dată. Un astfel de exerciţiu este necesar în momentul în care vorbim de o problema care aparţine unui membru al grupului şi pentru care acesta nu a găsit suficiente soluţii.

Rezolvarea de probleme, în grup, pe o temă dată

Număr de participanţi: 20-30, durată: două şedinţe a 50 minute.

În prima şedinţă un participant prezintă o problemă pe care nu ştie cum să o rezolve; ceilalţi subiecţi oferă sugestii de rezolvare, pe care acesta le evaluează din punctul de vedere al utilităţii lor şi al efectului pe care l-ar putea avea; în a doua şedinţă se discută rezultatele reale ale soluţiilor acceptate în prima şedinţă şi se oferă noi soluţii de către ceilalţi participanţi, soluţii care sunt, la rândul lor evaluate.

Obiectivele urmărite vizează rezolvarea unei probleme individuale cu ajutorul grupului; formarea pattern-urilor de cooperare în grup; dezvoltarea unor abilităţi de a rezolva probleme în grup; dezvoltarea sentimentului de apartenenţă la grup.

Vom prezenta un exemplu.

Ioana este o mamică tânără care lucrează şi care îşi caută de o perioadă destul de lungă de timp o bonă pentru fiica ei de 1 an. Nu reuşeşte să găsească o soluţie aşa că grupul încearcă să îi ofere mai multe variante.

Ioana le evaluează, dar nu pare mulţumită.

Consilierul: Ai găsit ceva util?

Ioana: Mda... Dar deja le-am încercat pe cele mai multe fără rezultat. Ar fi vreo doua noi dar tot nu cred că ar merge.

C: Ce te face să crezi că nu ar merge?

I: Nimic nu a mers. Cred că am eu ghinion.

Aici intervine Andreea, una dintre membrele grupului.

Andreea: Din ce spui tu, nici nu cred că vei găsi vreodată vreuna.

I: De ce?

A: Păi, la fiecare pare să nu îţi convină ceva. Nu cred că există o bonă perfectă.

I: Dar eu nici nu vreau o bonă perfectă. Vreau să facă doar ce fac eu..

C: Deci vrei să fie tu? (grupul râde)

I: (se gândeşte) De fapt cred că într-adevăr asta vreau. Să fie exact ca mine. Partea proasta este (râde) că şi în situaţia asta s-ar putea să nu îmi placă.

Scanned with OKEN Scanner

C: Și atunci?

I: Da, cred ca trebuie să acord mai mult credit celorlalți. Am în mod real nevoie de o bonă și trebuie să o găsesc cumva.

C: Cum te simți acum?

I: Am aflat ceva nou despre mine. Nu știu încă ce voi face cu asta. Dar mă simt puțin mai liniștită.

Ioana este o persoană perfecționistă și din cauza aceasta destul de puțin tolerantă cu scăpările celorlați. Problema reală nu este neapărat cea expusă în fața grupului. Ea a dorit mai degrabă să primească o confirmare a imposibilității de a găsi o soluție. In final, însă reușește să înțeleagă că gândește distorsionat. Exercițiul de rezolvare de probleme în grup ar fi putut continua pe problema reală a Ioanei, aceea de a accepta imperfecțiunile și implicit de a deveni mai tolerantă cu ea dar și cu ceilalți.

Antrenamentul de dezvoltare a creativității

Creativitatea este foarte importantă în orice perioadă a vieții individului, pentru că poate media formarea mecanismelor adaptative de care fiecare are nevoie. Din păcate, după o perioadă de maximă creativitate din copilărie și adolescență, adultul pierde din capacitatea de a se raporta creativ la probleme. Apar o serie de pattern-uri revolutive care nu mai sunt evaluate ci sunt aplicate ca atare, apare tendința de conformare tot mai puternică la norme și reguli fără ca acestea să mai fie puse la îndoială.

Torrance prezintă următorii factori de blocare a creativității:

- orientarea către succes;
- orientarea după colegii de vârstă, care conduce la conformism;
- interdicția de a pune întrebări și de a explora mediul;
- sublinierea rolului apartenenței la un sex;
- considerarea indivizilor divergenți ca anormali.

Orientarea către succes implică existența unui anumit conformism, individul putând reuși doar dacă respectă regulile și se supune consemnelor.

Orientarea după colegii de vârstă se produce deseori pentru că individul nu are propriile sale opinii și le acceptă pe cele ale grupului, în care se regăsește, dar le adoptă în mod formal, fără să le înglobeze în structura sa internă; ideile astfel preluate se transformă în limitări, pentru că individul nu poate lucra asupra lor, acestea neaparținându-i. Limitarea se poate corecta prin antrenarea individului să devină independent și prin învățarea lui să-și argumenteze ideile, ajungând astfel să le adopte în mod real.

În general, în societatea noastră, a pune întrebări are conotații negative, înseamnă că nu ești sigur pe tine, că nu știi, că ești inferior. Persoanele sunt foarte sensibile la aceste nuanțe, pentru că doresc să pară mature și sigure pe sine și deci

nu întreabă, acceptând ceea ce li se spune, fapt care conduce, în final, la conformism.

Sublinierea rolului apartenenței la un sex conduce la considerarea acestuia ca superior, sau inferior și la ignorarea, sau acordarea unei valori nejustificate ideilor partenerilor de celălalt sex. În general, sentimentele de superioritate, sau inferioritate, pentru că generează un sentiment fals de automulțumire sau nemulțumire și pentru că pot conduce la adoptarea necritică a ideilor altora, sunt un factor de blocaj al creativității, neimpulsionând către rezolvarea problemei. Asemenea sentimente sunt foarte frecvente mai ales în adolescență, când personalitatea în formare își caută identitatea de sex, una dintre căi fiind respingerea sau minimalizarea celuilalt sex dar nu numai. Soluția ar putea fi organizarea unor discuții mixte, în care partenerii să învețe să se asculte și să acorde respectul cuvenit părerilor celorlalți.

Considerarea indivizilor divergenți ca anormali are ca efect aceleași false sentimente de superioritate și automulțumire.

După Mihaela Roco (1975), blocajele creativității se datorează următorilor factori:

- insuficienta activare a imaginației creative;
- utilizarea nesistematică a metodelor de gândire logică;
- cunoașterea parțială a metodelor de gândire divergentă;
- slaba asumare a atitudinilor creative; lipsă de spontaneitate și de asumare a riscului etc.;
- slabă automotivare profesională;
- gamă restrânsă de interese și preocupări.

În general, școala solicită memoria reproductivă sau, în cel mai bun caz, gândirea convergentă și aproape niciodată gândirea divergentă, sau imaginația. De asemenea, gama foarte largă și încărcată de informație îndepărtează elevul, care nu o poate acumula. Toate acestea influențeaza modul în care viitorul adul se va raporta la sarcina pe care o are de rezolvat.

Ana Stoica (1983) consideră că principalii factori care inhibă creativitatea sunt

- conformismul, ca presiune venită din exterior, pentru supunere la normele acceptate, pe de o parte și ca tendință acționând din interior, pe de altă parte;
- critica prematură, ca observații critice restrictive și distructive, din partea altora, pe de o parte și sub forma autocenzurării și reprimării ideilor, chiar înainte de a prinde contur, pe de altă parte; la adolescenți ambele tendințe sunt foarte accentuate, ei fiind foarte critici și foarte sensibili la ridicol și, de asemenea, dornici să facă o impresie cât mai bună.

După aceeași autoare factorii intelectuali ai stimulării creativității sunt:

- sensibilitatea față de atitudinea, trebuințele și sentimentele altora;
- fluența, fluiditatea sau asociativitatea gândirii;
- flexibilitatea;

Scanned with OKEN Scanner

- originalitatea;
- aptitudinea de a redefini, restructura, transforma; aptitudinea de a se recurge la gândire, pentru a descoperi noi valențe ale lucrurilor, în vederea unor noi întrebuințări;
- capacitatea analitică, aptitudinea de a abstractiza;
- aptitudinea de a sintetiza;
- organizarea coerentă, capacitatea de a organiza un proiect, de a exprima o idee, de a crea ceva în așa fel încât să nu fie de prisos.

Toate aceste elemente, care există ca potențialități în structura internă a oricărui individ, pot fi educate. Este foarte important să i se arate persoanei modul în care aceste principii generalizate pot fi aplicate fiecărei probleme cu care se confrunta.

Creativitatea poate constitui un predictor al succesului, dar numai însoțită de motivație adecvată. Majoritatea cercetătorilor au constatat că, aceleași rezultate pe plan prefesional pot fi obținute, atât de indivizii preponderent inteligenți, cât și cei preponderent creativi; diferă doar calea pe care se ajunge la aceste rezultate: cei inteligenți printr-o muncă susținută și ordonată, iar cei creativi prin spontaneitate și salturi în depunerea efortului.

S-a ajuns la concluzia că aptitudinile creatoare constituie un factor al succesului, nu numai când se măsoară abilitățile care țin de formativ, dar și când se măsoară cunoștințele, persoanele creative având o capacitate neobișnuită de a recepționa și stoca informații, fiind mai fluente în exploatarea informațiilor stocate și în realizarea asociațiilor care respectă un anumit criteriu.

Vom prezenta în cele ce urmează o serie de *exerciții de dezvoltare a creativității.* Ele pot fi utilizate atât în grupurile reale, cât și în cele artificiale cu mențiunea că, dacă în cele reale temele vor ține de dinamica grupului, în cele artificiale ele se vor centra pe dezvoltarea creativității ca abilitate generală și pe posibilitatea transferării acestor abilități în grupurile reale ale persoanelor.

Restructurarea cognitivă

Număr de participanți: 10-30 de persoane, impărțite în echipe de câte 5 persoane, durata: 10 - 15 minute.

Exercițiul presupune sa li se prezinte subiecților o figură stimul, pe care trebuie să o reproducă; sarcina poate fi îndeplinită doar prin înțelegerea metodei de construcție, ceea ce presupune o restructurare cognitivă.

Obiectivele rezidă în conștientizarea necesității de restructurare cognitivă și dezvoltarea abilităților de dialog constructiv în grup.

Brainstorming pe o temă dată

Număr de participanți: 10-30 de persoane, împărțite în echipe de câte 10, durata: 30 - 35 minute.

Scanned with OKEN Scanner

Grupul se împarte în trei echipe (dacă este cazul), în care fiecare participant trebuie să emită cât mai multe idei pe o temă dată, fără a fi interesat de calitatea respectivelor idei; fiecare echipă alege câte un reprezentant, care dă citire ideilor colecționate

Obiectivele urmărite vizează abolirea, pentru o anumită perioadă, a funcției critice, dezvoltarea modului de abordare creativă a problemelor, găsirea unor noi moduri de rezolvare a problemelor.

Concurs creativ

Număr de participanți: 20-30 de persoane, împărțite în patru echipe, durata: 50 minute.

Grupul se împarte în echipe a câte opt participanți; acestea sunt echipele care vor concura, în vreme ce restul participanților vor constitui juriul; concurenții parcurg două etape: în prima etapă vor trebui să dea cât mai multe utilizări pentru trei obiecte, iar în a doua etapă vor trebui să să găsească trei invenții utile. Juriul stabilește criteriile de apreciere a produselor concurenților; în final echipa câștigătoare va primi felicitările celorlalți participanți.

Obiectivele rezidă în dezvoltarea creativității, dezvoltarea capacităților de evaluare și apreciere, găsirea unor criterii și raportarea la ele, dezvoltarea abilităților de a se raporta adecvat la succes și insucces.

Construirea unor modalități eficiente de evaluare a rezultatelor și de a oferi feed-back

Conform Dicționarului de psihologie (1978) feed-back-ul este definit ca „principiul de bază al adaptării oricărui sistem la mediu, prin reacția efectului asupra cauzei și închegarea circuitelor reflexe autoreglatorii, realizând astfel coechilibrarea dinamica și în acelasi timp autodelimitarea sistemului fată de mediul său specific".

Raportând această definiție generală la particularitățile comunicării, feed-back-ul poate fi considerat ultima etapă din procesul de comunicare și cea care se constituie ca premisă pentru un nou lant de comunicare. De eficiența acestei etape depinde modul in care persoanele implicate intr-un proces de comunicare se vor acomoda unii cu ceilalți și își vor adapta mesajele la particularitățile celorlalți și ale sarcinilor de indeplinit. Dacă nu știi ce a fost corect înțeles pe parcursul comunicării este posibil să nu repeți comportamentul eficient. De asemenea, daca nu știi ce nu a fost receptat corect, nu poți schimba.

Pentru ca feed-back-ul să fie eficient, acesta trebuie să respecte o serie de reguli:

- să fie clar, astfel incât destinatarul să înțeleagă exact ce a fost bine și ce nu;
- să fie imediat astfel incât să nu apară fenomenul de uitare;

Scanned with OKEN Scanner

- să fie specific și să se refere clar la o anumită latură a activității destinatarului;
- să fie constructiv și să țină seama de indicațiile celui care administrează feed-back-ul;
- să nu se constituie ca atac la persoană pentru ca astfel pot apărea reacții defensive care vor conduce la recepționarea eronată a acestuia.

Putem concluziona ca este necesar ca feed-back-ul să fie comunicat în mod asertiv pentru a-și atinge scopurile.

Această etapă este de asemenea o etapă foarte importantă atât in prevenirea crizei (ca verigă importantă a procesului de comunicare) dar și în rezolvarea situațiilor de criză pentru ca feed-back-ul va permite impărtășirea informațiilor (legate atât de datele concrete ale situației cât și de așteptările și nevoile persoanelor implicate în situația respectiva).

O metodă eficientă de a oferi celorlalți feed-back despre imaginea pe care o creaeză în societate este *caracterizarea reciprocă*, tehnică pe care am prezentat-o deja sumar.

Caracterizarea reciprocă

Număr de participanți: 10-30 de persoane; durata: 20 de minute pentru fiecare participant; vor fi necesare mai multe intâlniri, în funcție de dimensiunea grupului.

Fiecare participant își va alege o echipă de 4-7 colegi de care se simte mai apropiat, pentru a-l caracteriza; aceștia pregătesc o caracterizare pe care o prezintă în fața grupului; în a doua etapă subiectul caracterizat își exprimă opiniile cu privire la ceea ce au spus colegii și se descrie el însuși. Poate exista și o a treia etapă care presupune caracterizarea de către consilier, pe baza rezultatelor obținute la un inventar de personalitate.

Obiectivele rezidă în intercunoaștere la nivelul grupului; cunoașterea părerilor celorlalți, conștientizarea și exprimarea opiniei proprii a persoanei despre ea însuși.

O astfel de metodă permite nu numai o autocunoaștere aprofundată, ci, mai ales, oferă individului posibilitatea de a cunoaște părerea celorlalți despre el. Fiecare subiect caracterizat poate cere lămuriri, poate face comentarii, își poate exprima opinia asupra a ceea ce cred ceilalți despre el, modificându-se astfel anumite prejudecăți sau păreri eronate, pe care le au unii în raport cu ceilalți.

Comunicarea devine mai adecvată, fiecare cunoscând, cel puțin parțial, ceea ce gândește celălalt despre el. Cunoscând distorsiunile oglinzii, fiecare se poate oglindi mai bine în ceilalți, astfel încât să obțină o imagine cât mai apropiată de realitate a eului propriu. Persoana poate deveni mai sigură de posibilitatea de a descifra corect mesajele oferite, fiind capabilă să dea un răspuns mai adecvat, care să fie recepționat mai aproape de realitate.

Scanned with OKEN Scanner

În procesul interacțiunii individul se îndreaptă permanent spre alții cu un ansamblu de ipoteze cu privire la modul în care fiecare îl evaluează pe celălalt (P.Golu, 1974, p. 79). Cu cât aceste ipoteze sunt mai apropiate de realitate și împărtășite de parteneri, cu atât comunicarea este mai adecvată, având în vedere că o condiție obligatorie a comunicării o reprezintă corespondența sistemelor de simboluri a celor doi participanți.

O astfel de tehnică este specifică lucrului cu grupul real pentru ca pune în evidență relațiile existente între membrii grupului. Poate fi folosită și în grupurile artificiale, dar în acest caz se pune accent pe caracterizarea persoanelor prin prisma rolurilor pe care le joacă în grupurile reale (de exemplu – de fiu, de prefesionist etc).

O altă variantă a acestei tehnici este cea pe care o vom prezenta în continuare.

Ce-mi place și ce nu-mi place la tine

Număr de participanți: 10-30 de persoane, durata de desfășurare: 50 minute.

Fiecare participant se va îndrepta către un altul, îl va lua de mâini și îi va spune ceea ce nu apreciază și ceea ce apreciază la acesta, folosind frazele introductive „Nu-mi place de tine atunci când ....„sau „Imi place mai puțin de tine atunci când ....„și, în a doua etapă „Imi place de tine atunci când...“; cel care vorbește trebuie să fie foarte clar în exprimare, precizând contextul în care celălalt i-a plăcut sau i-a displăcut; când primul a terminat, partenerul va spune și el ce i-a plăcut și ce nu i-a plăcut; ulterior se schimbă partenerii.

Obiectivele rezidă în exprimarea asertivă a lucrurilor care deranjează și a celor care plac; depășirea inhibițiilor legate de recunoașterea față de celălalt a lucrurilor care te deranjează la el; realizarea unei intercunoașteri mai adecvate, individul cunoscând, atât părțile pozitive, cât și pe cele negative ale părerii celuilalt despre el; evitarea unor conflicte care pot apărea în urma refulării unor sentimente negative, care nu au fost verbalizate la timp și care pot fi exprimate în mod amplificat și agresiv după o anumită perioadă de timp.

În final vom prezenta două tehnici de evaluare, pe de o parte a persoanelor și pe de alta a unui program. Sunt exerciții de finalizare, orice ciclu fiind necesar să se încheie cu o evaluare care are ca scop pe de o parte să îi ajute pe participanți să conștientizeze achizițiile realizate și pe de alta să permită crearea sentimentului de finalitate pentru participanți, să realizeze despărțirea consilierului de grup și a membrilor grupului dacă este vorba despre un grup artificial.

Evaluarea finală

Număr de participanți: 10-30 de persoane, durata: 30 - 35 minute.

Fiecare participant trebuie să noteze ce i-a plăcut în desfășurarea programului; ulterior se discută cauzele pentru care i-au plăcut sau nu unele elemente și, de asemenea, cum ar fi trebuit acestea să fie pentru ca să-i placă.

Scanned with OKEN Scanner

Obiectivele urmărite vizează cunoaștere a câștigurilor și a dificultăților, formarea pattern-urilor de gândire constructivă și de critică constructivă.

Bilețelul pe spate

Număr de participanți: 10-30 de persoane, durata: 15 - 20 minute.

Fiecare participant are prins pe spate un bilețel, pe care ceilalți trebuie să scrie tot ce au observat pozitiv la persoana respectivă.

Obiectivele rezidă în dezvoltarea capacităților de apreciere a laturilor pozitive ale celorlalți; realizarea unor investiții afective pozitive.

Un moment de încheiere este un moment de criză, un moment în care participanții pot trăi un sentiment de pierdere și de regret. De aceea este necesară realizarea unei încheieri corespunzătoare, clare și care să îi ajute pe participanți să integreze în mod pozitiv această experiență, să conștientizeze importanța și utilitatea acesteia.

Încheierea unei relații este un moment la fel de important ca și începutul acesteia și consilierului îi revine rolul de a ajuta participanții să o facă astfel încât aceștia să pastreze investiția pozitivă, sentimentele pozitive generate de relație sau de grup și să poată considera aceasta relație ca o experiență din care poți învăța ceva.

Scanned with OKEN Scanner

IV. Psihoterapia cognitiv-comportamentală în cazul tulburării post-traumatice de stres

Manualul Diagnostic şi Statistic al Asociaţilor Psihologilor Americani (D.S.M. IV), A.P.A. (1994) defineşte trauma ca fiind un eveniment care presupune o ameninţare percepută sau reală la adresa individului şi care atrage după sine o reacţie emoţională de intensitate extremă.

Sechelele psihologice care sunt întâlnite la supravieţuitorii unor situaţii traumatice se constituie în tulburarea post-traumatică de stres (TPTS) care se instalează în urma unor evenimente psihotraumatizante cum ar fi: violurile, catastrofele naturale, atentatele, detenţia în lagăre, torturi etc.

Sindromul de stres post-traumatic este cunoscut în literatura de specialitate de multă vreme (aproximativ 100 de ani) sub diverse denumiri: nevroză de şoc, nevroză compensatorie, traumatofobie etc. (Foa, Steketee şi Rothbaum, 1989; Dancu şi Foa, 1992). Deşi această entitate nozografică (boală psihică) are o istorie lungă, ea a fost recunoscută şi diagnosticată ca afecţiune independentă abia în 1980, o dată cu introducerea ei în manualul D.S.M. III. Din acel moment au început să fie elaborate o serie de programe cognitiv-comportamentale pentru tratamentul acesteia.

În ultimele decenii au fost realizate studii mai sistematice privind eficienţa acestui demers terapuetic asupra simptomatologiei stresului post-traumatic.

Manualul D.S.M. III-R (A.P.A., 1987) defineşte sindromul de stres post-traumatic ca o tulburare anxioasă datorată unui factor traumatic precipitator, care depăşeşte nivelul factorilor stresanţi ce acţionează în mod obişnuit asupra subiectului.

Deşi reacţiile acute şi cronice generate de expunerea la situaţia traumatică variază considerabil de la individ la individ, există supravieţuitori ai situaţiilor traumatice care nu-şi mai revin niciodată la nivelul iniţial de funcţionare psihică (Fairbank şi Brown, 1987), iar dintre aceştia doar o mică parte solicită sprijin pentru depăşirea situaţiei de criză sau tratament pe termen mai lung.

Mulţi subiecţi care au fost victime ale unor situaţii traumatice dezvoltă tulburarea post-traumatică de stres care se caracterizează prin: reamintirea persistentă, intruzivă şi deranjantă a traumei, reducerea receptivităţii la stimulii ambianţei, evitarea sau tendinţa de a fugi de elemente sau situaţii care reamintesc de traumă,

Scanned with OKEN Scanner

precum și printr-o varietate de simptome autonome (neurofiziologice), disforice (tulburări de dispoziție) sau cognitive care persistă mai mult de o lună după producerea evenimentului stresant (Fairbank și Brown, 1987). Manualul D.S.M. IV a menținut descrierea simptomatologiei tulburării post-traumatice de stres, dar a introdus și noțiunea de traumă actuală, precum și pe cea de amenințare percepută.

Deoarece tulburarea post-traumatică de stres nu poate fi diagnosticată decât la o lună de la producerea evenimentului, manualul D.S.M. IV a introdus o nouă afecțiune denumită tulburare acută de stres (T.A.S.), ale cărei simptome se suprapun destul de mult peste cele specifice tulburării traumatice de stres.

Diagnosticul diferențial între cele două afecțiuni are în vedere durata simptomelor, precum și prezența unor tulburări disociative în cazul tulburării acute.

Tulburarea acută de stres poate fi diagnosticată imediat după producerea traumei, tulburările durând cel puțin două zile, dar putându-se întinde pe o perioadă mai scurtă de o lună. Pentru diagnosticarea acesteia, subiectul trebuie să prezinte trei până la cinci simptome cu caracter disociativ: derealizare, depersonalizare, amnezie, senzația subiectivă de insensibilitate și conștientizarea redusă a factorilor ambianței.

Intervenția terapeutică în cazul traumelor produse de dezastre

Francis R. Abueg, George W. Woods, Dale S. Watson (2000) subliniază faptul că distrugerile masive și rapide produse de dezastre pun o serie de probleme pentru supraviețuitori: cum să salveze potențialele victime, cum să consoleze familiile afectate și cum să gestioneze mijloacele și resursele de a face față situației.

Victimele sunt de cele mai multe ori depășite psihic și epuizate fizic, în familiile acestora precum și resursele materiale sunt grav afectate sau chiar distruse. Efectele reacției de doliu sau pierdere pot conduce la fenomene disociative sau stuporoase, iar probabilitatea instalării unor reacții psihopatologice pe termen mai lung crește o dată cu posibilitatea apariției unor conflicte între victime și autorități.

Obiectivele intervenției psihologice în caz de dezastre sunt următoarele (Abuey, Woods și Watson, 2000, p. 243):

1. Evaluarea rapidă a problemelor și nevoilor populației.
2. Prevenirea unor riscuri pentru client, comunitate sau instituții pe baza unor studii realizate în cazuri asemănătoare.
3. Realizarea unor acțiuni de intervenție eficiente, rapide și care să țină seama de aspecte de ordin etic și socio-cultural și contextual.
4. Evaluarea efectelor intervenției.

O problemă mult disputată de către specialiști se referă la măsura în care consilierea psihologică în situații de dezastru este cu adevărat necesară, ținând seama

Scanned with OKEN Scanner

de faptul că majoritatea supraviețuitorilor revin la nivelul de funcționare normală odată cu trecerea timpului (Green, Koval, Grace et al, 1991).

Mai mult, observațiile empirice au evidențiat și faptul că un număr mare de supraviețuitori ai dezastrelor nu numai că își revin, ci se mobilizează eficient dând dovadă de calități și comportamente de excepție caracterizate prin generozitate, altruism și abilități deosebite de a face față unor situații dramatice.

Cercetări asupra stresului traumatic au fost realizate de mai mulți autori: Follette, Ruzak și Abueg, 1998a; Naugle și Follette, 1998; Hayes și Follette, 1998).

Abueg, Woods și Watson (2000) sunt de părere că intervenția psihologică în astfel de situații trebuie să aibă un caracter contextual și să se bazeze pe analiza funcțională menită să evidențieze care este problema care merită să fie abordată prioritar și care sunt intervențiile cele mai constructive care pot mări probabilitatea de schimbare cu mijloace cât mai economicoase.

Autorii subliniază faptul că abordarea contextuală are o serie de implicații pentru intervenția terapeutică și de consiliere din următoarele rațiuni:

- permite identificarea rapidă a riscurilor pe baza studierii unor situații anterioare din trecut;
- propune intervenții rapide, scurte și eficiente;
- presupune o abordare euristică de tip utilitar (se aplică acea strategie care se potrivește);
- pune un accent deosebit pe acceptarea relatărilor subiective ale supraviețuitorilor (Hayes, 1991; Meichenbaum, 1994), ajutându-i pe aceștia să înțeleagă esența dificultăților legate de procesul de autodezvăluire (Abueg, 1997) și mecanismele evitării condiționate (Levis, 1995), procedându-se apoi la descoperirea unei noi semnificații constructive a experienței traumatice (Kohlenberg și Tsai, 1998).

Se lucrează în direcția formării unui nou set de atitudini și convingeri mai constructive referitoare la cele petrecute, convingeri care trebuie să țină seama de contextul socio-cultural în care s-a format subiectul.

În cele din urmă obiectivul prioritar al psihoterapiei și consilierii constă în a ajuta victima să-și recâștige și să-și întărească sentimentul predictibilității și controlului asupra evenimentelor externe.

Simptomatologia post-dezastru

Rubonis și Bickman (1991) au analizat un număr de 52 de studii și au concluzionat faptul că dezastrele de mare intensitate conduc la o creștere a frecvenței tulburărilor psihopatologice cu aproximativ 17% comparativ cu situația dinaintea dezastrului sau cu loturi martor.

Patologia variază însă considerabil de la caz la caz și este direct proporțională cu intensitatea și amploarea dezastrului (Patrick și Patrick, 1981). Smith, North, McCool și Shea (1990) au identificat niveluri diferite ale simptomatologiei sindro-

Scanned with OKEN Scanner

mului post-traumatic de stres (PTSD) în funcție de gradul de expunere la situația stresantă.

De pildă, în urma prăbușirii unui avion, la angajații care au fost la lucru s-a înregistrat un procent de 29% de cazuri de tulburare post-trauatică de stres, în timp ce la cei care fuseseră liberi în ziua respectivă, simptomele au apărut doar în proporție de 7%.

În ceea ce privește tipul de simptome specifice tulburării post-traumatice de stres, Manualul Diagnostic și Statistic D.S.M. IV, A.P.A., 1994) situează pe primul loc gândurile și amintirile cu conținut intruziv referitoare la cele petrecute (simptome de categoria B). Aceste simptome sunt însă foarte frecvente și în faza acută de stres și nu reprezintă un predictor relevant pentru instalarea tulburăriii cronice de stres (McFerlane, 1998; Abueg, woods și Watson, 2000).

Un alt simptom frecvent în aceste cazuri este prezența coșmarurilor, deși Wood, Botzin, Rosenhan, Nolen-Hoesema și Jourden, 1992) au găsit o incidență de două ori mai mare a acestor simptome la lotul martor, comparativ cu studenții din Arizona care fuseseră afectați de un cutremur petrecut în anul 1989.

Simptomele de evitare (simptome de categoria C, conform D.S.M. IV) cum ar fi: absența reacției emoționale, retragere socială și evitarea situațiilor și amintirilor legate de traumă au o frecvență ceva mai redusă comparativ cu cele intruzive și apar predominant mai ales în perioada acută de stres care urmează imediat după dezastru (Solomon și Canino, 1990).

Aceste date sunt însă contrazise de cercetările lui Shalev (1992) care a constatat că la supraviețuitorii unui atac terorist, simptomele de evitare apar ceva mai târziu decât cele cu caracter intruziv și reprezintă mecanisme de apărare care îi permit subiectului să facă față amintirilor intruzive.

Simptomele de activare fiziologică (simptome de tip D) par să aibă o valoare predictivă ceva mai ridicată pentru prognozarea instalării unei tulburări cronice post-traumatice de stres, acestea având și un caracter mai precis conturat.

Abueg, Woods și Watson (2000) au identificat astfel de simptome de activare la supraviețuitorii unui cutremur chiar după 18 luni de la producerea acestuia (supraviețuitorii cutremurului au avut o rată mult mai ridicată a pulsului la prezentarea unor imagini din timpul catastrofei comparativ cu cei din lotul martor), deși autorii respectivi sunt de părere că sunt necesare mai multe cercetări pentru clarificarea acestui aspect.

Dezastrele constituie experiențe unice, fapt ce prezintă atât avantaje, cât și dezavantaje pentru victime. Astfel, faptul că mai mulți membri ai unei comunități trăiesc o experiență asemănătoare poate facilita procesul de autodezvăluire a stărilor afective și a gândurilor negative legate de traumă.

De asemenea, sentimentul de solidaritate al membrilor comunității afectate îi determină pe aceștia să ofere mai mult sprijin material și afectiv victimelor, fenomen cu caracter terapeutic. Măsura în care victimele se simt o parte a comunității ca întreg reprezintă un pas important în cadrul demersului de recuperare.

Scanned with OKEN Scanner

Gerrity (1990) a realizat un studiu interesant asupra a două comunităţi cu caracteristici demografice asemănătoare, cu excepţia nivelului de educaţie şi a venitului pe familie şi care au fost expuse aceluiaşi tip de psihotraumă. Rezultatele au evidenţiat faptul că în cadrul comunităţii cu nivel economic mai ridicat care a reuşit să remedieze mai rapid pagubele produse de calamitate, dar a abordat situaţia de dezastru într-un mod mai individualist, incidenţa tulburării acute şi cronice post-traumatice a fost mai crescută.

În urma trecerii în revistă a acestor studii, unele dintre ele contradictorii, se impune construirea unor modele explicative mai complexe care să explice apariţia şi menţinerea tulburărilor post-traumatice de stres.

Green, Wilson şi Lindy (1985) sunt de părere că instalarea şi terapia tulburărilor post-traumatice de stres sunt influenţate de mai multe variabile, cum ar fi: caracteristicile factorilor stresanţi, variabile ce ţin de subiect, factori ai ambianţei, precum şi factori specifici demersului recuperatoriu.

Freely, Kilpatrick et al (1992) propun un model de predicţie a riscului de instalare a unei tulburări cronice de stres care include factori specifici fazei de predezastru, dezastru şi post-dezastru.

- Factorii fazei de predezastru: factori demografici, traume anterioare, evenimente recente de viaţă, istoria psihiatrică, capacităţile adaptative şi suportul social.
- Factori specifici dezastrului: nivelul de expunere la traumă şi evaluarea cognitivă a expunerii prin prisma controlului perceput, a predictibilităţii evenimentelor şi a nivelului ameninţării.
- Factorii fazei de post-dezastru: intensitatea tulburărilor din perioada acută, evenimentele de viaţă, pierderea unor resurse, capacităţile adaptative şi suportul social.

Abueg, Woods şi Watson (2000, p. 249) propun un model ierarhizat de evaluare a riscului ca persoanele afectate de dezastre să dezvolte trăsături psihopatologice de durată. Modelul oferă şi o bază pentru momentul şi tipul de intervenţie psihologică indicat în astfel de cazuri.

Nivelul riscului	Simptome °i comportamente ale subiectului	Momentul intervenţiei	Tipuri de intervenţii
I Scăzut	Activ; nonsimptomatic; î°i mobilizează resursele °i suporturile sociale. Expresiv sub aspect emoţional, trăie°te reacţia de doliu °i sentimentele de pierdere.	Primară De regulă nu sunt necesare intervenţii în cazul în care dezastrul a avut loc	Planificarea strategiilor care trebuie utilizate în caz de dezastru. Acţiuni informativ-educative cu privire la tulburarea acută °i post-traumatică de stres (ASD °i PTSD) precum °i la compotamentele cu caracter adaptativ.

Nivelul riscului	Simptome și comportamente ale subiectului	Momentul intervenției	Tipuri de intervenții
II Moderat	Simptomele tulburării acute de stres; ruminații obsesive; disforie; reacție puternică de doliu; reacții intermitente de mânie; automedicație; probleme psihiatrice în antecedente (în copilărie sau la vârstă adultă).	Secundară	Intervenție suportivă în caz de doliu pentru acceptarea situației; reducerea simptomelor tulburării acute de stres, a supraactivării, autoreglarea reacțiilor de tip disociativ; antrenarea unor deprinderi de a face față situației.
III Ridicat	Reacție disociativă severă: amnezie, detașare, depersonalizare, derealizare, pierderea sentimentului identității personale; reacție foarte intensă de doliu.	Secundară	Asigurarea unor mijloace de subzistență: cazare, apă, hrană; spitalizare; tratament suportiv în vederea facilitării acceptării situației.
	Reacții suicidare acute; tulburare post-traumatică de stres cu caracter complex; comorbiditate activă legată de consumul de alcool sau droguri; dependență instalată recent.	Terțiară	Psihoterapie pe termen lung; prevenirea recăderilor; reducere a simptomelor post-traumatice; reducerea tendințelor de victimizare.

În prima categorie intră marea majoritate a supraviețuitorilor unor dezastre în cazul cărora o intervenție ușoară este suficientă, uneori nefiind necesară nici o intervenție, deoarece aceștia fac față pierderilor și șocului psihologic, dezvoltând reacții normale de doliu. Aceștia își vor mobiliza suporturile sociale, antrenând prietenii și membrii familiei în elaborarea și punerea în aplicare a strategiilor de rezolvare de probleme, precum și a celor cu caracter preventiv, și nu vor declanșa reacții dezadaptative care îi perturbă pe cei din jur: plângeri și reacții repetate de frustrare.

Solicitarea unui ajutor reprezintă o reacție opusă celei de retragere sau de minimalizare a problemelor.

Reacția psihologică la stres este în cazul acestora ușoară spre moderată, ei putând prezenta unele ruminații cu caracter obsesiv referitoare la eveniment, o reacție disferică de nivel mediu, precum și o oarecare creștere a gradului de activare psihofiziologică.

Intervenția majoră în astfel de situații constă, de regulă, într-o ședință unică de consiliere în cadrul grupului de supraviețuitori, urmată de o reevaluare într-o perioadă de la 1 la 3 luni.

Observațiile clinice au demonstrat faptul că mulți dintre acești subiecți reacționează suficient de bine la intervențiile venite prin mass-media, fără a mai

avea nevoie neapărat de un contact față în față cu terapeutul-consilier (Abueg, Woods și Watson, 2000).

A doua categorie de subiecți cu risc moderat de a dezvolta o tulburare cronică post-traumatică de stres prezintă disfuncții semnificative care, netratate, se pot agrava.

Subiecții aparținând acestui grup au fost expuși unui stres sever (pierderea unor persoane dragi, a bunurilor), ei îndeplinind criteriile tulburării acute de stres, respectiv sentimentul neajutorării și pierderii controlului asupra realității. Aceștia pot fi victime dar și persoane care au obligația de a salva persoane și care au contacte frecvente cu victimele.

Tulburările psihopatologice care se pot instala în astfel de cazuri pot fi: depresie, ruminații cu caracter obsesiv, fenomene disociative, tulburări ale identității personale, fobii, precum și tulburări de tip conversiv.

A treia categorie (cu nivelul cel mai ridicat de risc), include indivizi care au fost supuși unui stres deosebit de intens cum ar fi pierderea unui număr însemnat de membri ai familiei, prieteni, colegi sau membri ai comunității. Aceștia trăiesc o stare de anestezie emoțională, o lipsă acută de speranță și/sau o stare de disociere psihică. La acestea se pot adăuga: amnezie în raport cu evenimentul, detașare, derealizare și depersonalizare, precum și tulburări la nivelul gândirii, afectivității comportamentului, iar în unele cazuri conduite suicidare active.

Momentul și nivelul intervenției psihologice sunt deosebit de importante în gestionarea riscului de declanșare a unei tulburări cronice post-traumatice de stres.

Intervenția primară are un caracter preventiv și implică instruirea unor victime potențiale în legătură cu efectele posibile ale unui dezastru, precum și măsurile de securitate ce trebuie luate în cazul producerii acestuia (cutremure, inundații, uragane, incendii etc.). Intervenția cu caracter secundar implică o intervenție din partea unor profesioniști după ce dezastrul s-a produs deja.

Aceasta constă în intervenții în plan concret, material și social: evacuarea victimelor, acordarea unor ajutoare în hrană, apă, adăpost, medicamente, asistență medicală, acțiuni de prevenire a altor evenimente (îndiguiri, defrișări în caz de incendiu), precum și transmiterea unor informații corecte menite să reducă fricile necontrolate sau fenomenele de isterie în masă.

Intervenția terțiară are loc în intervalul de o lună după declanșarea dezastrului, dar poate continua și sub forma unei psihoetrapii și/sau spitalizări pe termen lung.

Strategiile utilizate se adresează prevenirii recăderilor, abandonării consumului de alcool, droguri sau medicamente neprescrise, precum și achiziționarea unor deprinderi de a face față stresului.

Studiile au evidențiat și faptul că diferite tipuri de dezastre: sociale, tehnologice și naturale produse în contexte socio-culturale diferite, pot conduce la modele diferite de reacție cu caracter psihopatologic. Astfel, dezastrele politico-sociale care presupun insecuritate în plan social și politic sau ameninițări teroriste conduc la

Scanned with OKEN Scanner

instalarea mai rapidă a unui set de simptome post-traumatice mai intense și mai dramatice cum ar fi: stare de șoc, furie, reacții acute de doliu precum și reacții fiziologice: dureri de cap sau atacuri cerebrale sau de cord (Aguilera și Planchon, 1995).

Spre deosebire de aceste situații, un dezastru tehnologic cum ar fi, de pildă, prăbușirea unui avion, conduce la un sentiment mai puternic de izolare din partea eventualilor supraviețuitori sau membrii familiilor victimelor, deoarece aceștia nu au legături preexistente cu membrii comunității unde a avut loc dezastrul, fapt ce nu permite identificarea, empatizarea și împărtășirea suferinței.

McMillan, Smith și Fisher (1997) subliniază și faptul că un dezastru petrecut într-o localitate mică reprezintă un eveniment deosebit, în timp de unul petrecut într-un oraș mare și care cuprinde un număr identic de persoane implicate reprezintă un eveniment doar pentru participanți, nu și pentru întreaga comunitate.

Posibilitatea de a conferi un sens experienței traumatice are un rol deosebit de important în evitarea instalării unei patologii pe termen lung. Subiecții capabili să atribuie o semnificație pozitivă evenimentului traumatic (evoluție spirituală, întărirea unor contacte afective etc.) sunt mai puțin înclinați să dezvolte simptomele tulburării post-traumatice de stres.

Nu s-a clarificat însă faptul dacă perceperea subiectivă a unui avantaj are un rol protector în raport cu boala psihică sau dacă optimismul structural al subiecților îi determină să poată identifica un avantaj într-o situație cu conotații negative (Abueg, Woods și Watson, 2000).

Printre cele mai importante intervenții de nivel secundar se numără tehnicile de detensionare de tip catharctic al căror obiectiv central îl reprezintă istorisirea evenimentelor petrecute.

Din perspectiva comportamentalistă fenomenul de evitare condiționată poate fi redus prin intermediul unei noi expuneri, realizate în mod dirijat și care are menirea de a conduce la „ștergerea" factorilor asociați cu situația traumatică. Sentimentul de securitate subiectivă poate fi inoculat mai rapid în cazul în care catharsisul are loc în grup, fiecare povestire individuală completând-o pe a celorlalți, experiența traumei devenind o realitate împărtășită.

Catharsisul conduce adesea la corectarea unor atitudini și convingeri eronate, cum ar fi, de pildă, personalizarea care o poate face pe victimă să se simtă un fel de țintă a mâniei divine.

În conducerea unor astfel de grupuri care își propun catharsisul referitor la evenimentul traumatic se pot întâmpina unele dificultăți legate de frecvența și intensitatea evenimentelor traumatice suferite de participanți. Imaginile intruzive și perturbatoare se manifestă mai ales la subiecții confruntați cu pierderi masive de vieți omenești, cu atrocități, cu suferința copiilor, imagini ce pot declanșa reacții de tip disociativ și chiar decompensări.

Participanții pot prezenta simptome discrete cum ar fi o privire fixă sau lipsă de concentrare la conținutul discuțiilor. Semnele evidente ale fenomenelor disocia-

Scanned with OKEN Scanner

tive sunt alterarea conținutului și aspectelor formale ale vorbirii și comportamentului, elemente care indică faptul că subiectul trăiește trauma în prezent („aici și acum").

În astfel de situații, demersul terapeutic cu caracter cathartic se întrerupe, fiind indicate demersuri cu caracter mai concret: odihnă, satisfacerea unor trebuințe fiziologice sau acțiuni prioritare cum ar fi căutarea celor dispăruți.

Mai ales la copii și vârstnici necesitățile fiziologice ocupă un loc prioritar, comparativ cu victimele de vârstă adultă (Institutul de Pediatrie Johnson și Johnson, 1999).

Participanților la grupul de catharsis li se comunică faptul că uneori se vor simți detașați și vor pierde contactul, terapeutul administrând asigurări de tipul următor: „e bine așa", „oricui i se poate întâmpla să nu fie cu adevărat prezent la ceea ce se discută" etc. Multe dintre victimele unor dezastre beneficiază de pe urma furnizării unor informații referitoare la apariția și evoluția unor simptome post-traumatice de stres.

Terapeutul va trebui să explice subiecților în ce constau aceste simptome, subliniind faptul că ele sunt de așteptat în condițiile confruntării cu un factor stresant care le amenință viața. Acesta va trebui însă să realizeze și să prezinte subiecților diferențele dintre intervențiile secundare de tip psihoeducațional și cele terțiare care presupun o psihoterapie de durată ceva mai lungă.

Coșmarurile reprezintă simptome frecvente în rândul victimelor unor dezastre și oferă informații cu privire la elementele cele mai anxiogene precum și la cele ceva mai tolerabile. Conținutul acestora poate fi discutat împreună cu terapeutul sau în cadrul grupului reprezentând un punct de pornire în modelarea unor noi convingeri cu privire la eveniment („de ce mi s-a întâmplat asta?", „ce poate fi benefic într-o experiență atât de îngrozitoare" etc.). Reacțiile somatice și psihice la stresul produs de traumă pot deveni ancora pentru reconstruirea sentimentelor de predictibilitate și control. Asrtfel, aceste reacții fiziologice pot fi privite ca încercări ale organismului de a lupta pentru supraviețuire și pentru a conferi un sens pierderii.

În aceste situații sunt utile și strategiile de prevenire a unor reacții de tip suicidar, terapeutul consilier scoțând în evidență motivele pentru care victima merită să trăiască: să aibă grijă de copii sau să ajute alte victime.

Victimele trebuie prevenite și în legătură cu posibilitatea reapariției simptomelor în prezența unor stimuli sau situații care le amintesc de situația traumatică. Astfel, în cazul unor calamități naturale, rareori au loc fenomene izolate (cutremurele sunt urmate de replici, inundațiile se pot produce în mai multe etape etc.). În același timp, în cazul acțiunilor teroriste, suspiciunea, teama și așteptarea repetării unor acțiuni plutesc ca o amenințare asupra unor comunități sau națiuni.

Metodele actuale de tratament a tulburării cronice post-traumatice de stres (PTSD) se bazează mai ales pe tehnicile implozive (Stampfl și Lewis, 1967; Lewis, 1980, 1995).

Scanned with OKEN Scanner

Lewis (1980) utilizează un demers sistematic prin intermediul căruia se construiesc scene cu caracter imploziv prin intermediul cărora victimele sunt ajutate să retrăiască experiența traumatică. Pentru realizarea acestora terapeutul va utiliza mai multe tipuri de declanșatori:

- declanșatorii simptomatici se bazează pe simptomele prezentate de subiect și care sunt obținute în urma interviului clinic și se referă la temerile curente, grijile și problemele care îl frământă pe client; aceștia se pot referi la gândurile legate de pierderea unui copil, la coșmaruri care au ca subiect trauma sau la simptome cum ar fi, de pildă, supraîncordarea musculară.

Acești declanșatori reprezintă temelia construirii scenei pe care va trebui s-o retrăiască subiectul în vederea desensibilizării (de pildă, conținutul unui coșmar ar putea da indicații în legătură cu descrierea exactă sau simbolică a elementelor celor mai dramatice ale traumei).

- declanșatorii contextuali apar spontan în timpul discuțiilor cu terapeutul, deși detalii în legătură cu aceștia pot fi obținute și în urma unor întrebări adresate de terapeut care va interoga victima în legătură cu ce a văzut, auzit sau simțit în momentele în care a fost afectată de evenimentul traumatic. Abueg (1997b) este de părere că informațiile care vin pe canale kinestezice sunt de mare utilitate în reconstruirea scenariului legat de traumă (dacă a fost lovit, strivit, împins, blocat undeva etc.).

Autorul menționat a elaborat și un chestionar pentru a pune în evidență acest gen de declanșatori (Inventarul Multisenzorial M.S.I., Abueg, 1979b). Tehnica retrăirii unor scene terifiante din timpul dezastrului trebuie aplicată cu multă atenție deoarece la subiecții sever traumatizați se pot produce reacții emoționale de mare amploare, reacții care trebuie gestionate corect de către terapeut.

Pentru aplicarea lor în condiții de securitate este necesar ca terapeutul să-l învețe în prealabil pe client anumite tehnici de autoreglare psihică: respirație controlată sau relaxare.

Deosebit de utilă pare utilizarea hipnozei clinice mai ales în fazele inițiale ale terapiei.

În cazul pacienților cu simptome severe cum ar fi cei cu antecedente psihiatrice: tentative repetate de suicid, tulburare disociativă a identității sau schizofrenie este indicat tratamentul psihiatric în condiții de spitalizare.

- declanșatorii cu caracter psihodinamic se referă la teme legate de traumele timpurii: pierderi, culpabilități sau alte tipuri de conflicte trăite în copilăria timpurie (Horowitz, 1985).

Acest tip de declanșator are un rol important mai ales atunci când se lucrează cu pacienți la care trăirea dezastrului poate activa unele experiențe timpurii asemănătoare. Aceste situații sunt și mai evidente în cazul declanșării unor sentimente puternice de culpabilitate care apar în contextul experienței traumatice.

Scanned with OKEN Scanner

Abueg, Woods și Watson (2000) recomandă ca în astfel de cazuri să fie explorate teme legate de sentimentele de culpabilitate, terapeutul adresând clientului întrebări de tipul următor:

„Simți că nu ai făcut destul în acea situație?";

„Simți că ai comis greșeli?";

„Te simți răspunzător pentru anumite consecințe?";

„În cazul în care ți-ai amintit un eveniment traumatizant din copilărie, care sunt imaginile și gândurile care ți-au apărut în minte?".

Odată identificate aceste gânduri și imagini terapeutul va aplica tehnica desensibilizării sistematice precum și pe cea a înlocuirii gândurilor negative cu unele alternative mai raționale.

Experiența dezastrului nu numai că poate genera o tulburare cronică post-traumatică de stres asupra unui adult, dar poate avea și un impact asupra stării psihice a familiei și mai ales asupra copiilor. Adams și Adams (1984) au constatat o creștere a incidenței îmbolnăvirilor, violenței domestice, abuzului de alcool, precum și a solicitării unor servicii de psihiatrie în urma erupției vulcanului Sfânta Elena.

Alte studii au evidențiat prezența în comportamentul copiilor a unor tematici repetitive referitoare la anxietatea și reducerea anxietății legate de evenimentul traumatic. Astfel, Saylor (1991) a constatat apariția unui joc cu caracter repetitiv numit „Taifunul", joc care a apărut după ce zona respectivă a fost afectată de o astfel de calamitate. Copiii desfășurau activități simbolice de autoprotecție și de reparare a unor bunuri.

Connely și Bromet (1986) au evidențiat o incidență crescută a tulburărilor de comportament la preșcolarii între 5 și 6 ani care locuiau în vecinătatea unei centrale nucleare la care tocmai a avut loc un accident, comparativ cu copiii din lotul martor. Foy, Cannon și Zview (1991) au constatat, la rândul lor, că printre problemele care apar cel mai frecvent la membrii familiilor în cadrul cărora o persoană este afectată de sindromul post-traumatic de stres se numără: ostilitatea, exprimarea necontrolată a emoțiilor și dezadaptarea generală.

În astfel de situații, strategiile cognitiv-comportamentale de reeavaluare a situației, precum și cele de autoreglare psihică s-au dovedit a fi utile. Galante și Foa (1986) au pus la punct un model de intervenție realizată pe grupe mici de școlari din clasele 1-4, care au trăit experiența unui cutremur devastator care a avut loc în Italia. Fiecare ședință de terapie a avut o componentă cognitivă, una emoțională și una comportamentală.

Copiii au fost ghidați să-și exprime deschis temerile legate de cutremur față de ceilalți copii și față de conducătorii grupului.

Distorsiunile cognitive legate de convingerile eronate și miturile referitoare la cutremur, precum și fricile irațională au fost corectate prin intermediul unor strategii cognitive.

Copiii au achiziționat tehnici de a face față unor situații traumatice, tehnici care le-au permis să nu se mai simtă victime lipsite de apărare.

Scanned with OKEN Scanner

atât de deschiși în timpul ședinței noastre. Mi-ar face multă plăcere să mai stăm de vorbă dacă sunteți de acord."

Cathy a acceptat imediat să fixeze o întâlnire individuală.

În cadrul acesteia ea a subliniat faptul că ședința de debriefing i-a fost foarte utilă pentru că a ajutat-o să înțeleagă ce a însemnat experiența cutremurului în viața ei, precum și a modului în care ea se percepea pe sine în raport cu familia și responsabilitățile profesionale. A rezultat faptul că a deține controlul reprezintă o problemă importantă în familia ei.

Cathy și-a descris tatăl ca pe o persoană afectuoasă, dar imprevizibilă, care consumă alcool în cantități moderate. Acesta a fost obligat să-și îngrijească soția care s-a îmbolnăvit de scleroză multiplă în perioada adolescenței lui Cathy. În momentul în care ea remarca faptul că tatăl nu este suficient de atent și grijuliu, Cathy intervenea direct sau avea dispute inutile cu acesta.

Copil fiind, Cathy și-a considerat mama ca pe o persoană competentă, dar modelul s-a destructurat o dată cu îmbolnăvirea acesteia.

Clienta și-a descris relația cea mai semnificativă drept conflictuală. Ea s-a căsătorit foarte tânără dar relația e eșuat din motive financiare, precum și datorită dorinței sale de a deveni asistentă medicală. Când fiica ei a împlinit 12 ani, Cathy s-a hotărât să divorțeze, iar un an mai târziu tatăl ei a decedat în urma unui atac de cord. Astfel, Cathy s-a trezit dintr-o dată răspunzătoare pentru ea însăși, pentru fiica și mama ei, a cărei stare de sănătate se agravase.

Experiența cutremurului i-a permis lui Cathy să conștientizeze și să trăiască sentimente de neajutorare și furie reprimate până atunci. Ea a realizat faptul că a avea o putefnică nevoie de afecțiune și protecție. În momentul dezastrului ea s-a străduit din răsputeri să se ocupe de ceilalți, neglijându-se pe sine. Ședința de debriefing i-a dat posibilitatea să suspende pentru un timp autocontrolul și să se accepte pe sine așa cum este de fapt.

Cathy și-a exprimat un sentiment de ostilitate față de mama ei pentru faptul că s-a îmbolnăvit, sentiment urmat de culpabilitate pentru reacția ei irațională.

Terapeutul i-a explicat faptul că acel sentiment de ostilitate este perfect normal la persoanele care acordă sprijin celorlalți. A ieșit la iveală și teama neconștientizată că va trebui în cele din urmă să-și interneze mama într-un cămin-spital.

Clienta și terapeutul au încheiat împreună un contract de psihoterapie scurtă pentru șase ședințe.

Obiectivele terapiei s-au centrat în jurul temei autocontrolului și autonomiei raportate la sentimente de neajutorare, neglijare și abandon.

Au fost aplicate tehnici de relaxare progresivă și imaginație dirijată.

Amintirile clientei au evidențiat o puternică anxietate și sentimente de evitare. În urma expunerii progresive la aceste amintiri, clienta a reușit să sesizeze modul în care istoria vieții i-a modelat comportamentul actual. Astfel, tendința clientei de a se refugia în hiperactivitate îi permite să se distanțeze de problemele de familie.

Scanned with OKEN Scanner

Clienta a admis că nutrea sentimente de ostilitate față de tatăl ei, precum și sentimentul de culpabilitate legat de faptul că nu corespunde imaginii ideale de „fată bună" pe care majoritatea cunoscuților o asociază cu persoana ei.

O dată cu reevaluarea evenimentelor, Cathy și-a dat seama de faptul că este capabilă să-și propună și să urmărească obiective, să-și acorde o pauză de relaxare și să facă față sentimentului lipsei de control.

Cazul lui Cathy ilustrează vulnerabilitatea crescută la stresul post-traumatic datorată mai ales sentimentelor de culpabilitate reprimate de clientă.

Terapeutul a încurajat-o pe clientă să aibă mai multă grijă de propria persoană, să-și permită momente de loisir, precum și clipe în care își acordă dreptul de a fi singură.

În finalul terapiei, Cathy a reușit să tolereze sentimentele de lipsă a controlului; coșmarurile s-au redus în mod semnificativ iar imaginea de sine s-a îmbunătățit.

La trei luni după procedura de „debriefing" Cathy se simțea bine, și-a modificat stilul de viață, practica zilnic relaxarea și a devenit interesată de diverse tehnici de evoluție personală.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală în cazul tulburării post-traumatice de stres

Manualul Diagnostic și Statistic al Asociaților Psihologilor Americani (D.S.M. IV), A.P.A. (1994) definește trauma ca fiind un eveniment care presupune o amenințare percepută sau reală la adresa individului și care atrage după sine o reacție emoțională de intensitate extremă.

Sechelele psihologice care sunt întâlnite la supraviețuitorii unor situații traumatice se constituie în tulburarea post-traumatică de stres (TPTS) care se instalează în urma unor evenimente psihotraumatizante cum ar fi: violurile, catastrofele naturale, atentatele, detenția în lagăre, torturi etc.

Sindromul de stres post-traumatic este cunoscut în literatura de specialitate de multă vreme (aproximativ 100 de ani) sub diverse denumiri: nevroză de șoc, nevroză compensatorie, traumatofobie etc. (Foa, Steketee și Rothbaum, 1989; Dancu și Foa, 1992). Deși această entitate nozografică (boală psihică) are o istorie lungă, ea a fost recunoscută și diagnosticată ca afecțiune independentă abia în 1980, o dată cu introducerea ei în manualul D.S.M. III. Din acel moment au început să fie elaborate o serie de programe cognitiv-comportamentale pentru tratamentul acesteia.

În ultimele decenii au fost realizate studii mai sistematice privind eficiența acestui demers terapuetic asupra simptomatologiei stresului post-traumatic.

Scanned with OKEN Scanner

Rezultatele au evidențiat o reducere a fricilor și fobiilor legate de cutremur, precum și scăderea numărului de subiecți cu risc de a dezvolta tulburări de comportament. Stewart (1992) a realizat o ședință unică de intervenție după o situație de dezastru, ședință care a durat 2 ore și jumătate și a fost aplicată pe grupuri mai mari sau mai mici de adolescenți, având drept obiectiv reducerea simptomelor stresului și întărirea acțiunilor de suport social din cadrul grupului. Intervenția a cuprins activități fizice și activități de creștere a coeziunii grupului.

Deși rezultatele acestui program nu au fost evaluate cantitativ, feed-back-urile sosite de la participanți prin intermediul unor chestionare au fost mai mult decât pozitive.

În literatura de specialitate sunt descrise și modele de intervenție post-dezastru, intervenții care se realizează asupra unor familii afectate de eveniment. Astfel, Harris (1991) prezintă o intervenție aplicată în caz de criză asupra unei familii în intervalul de o săptămână de la producerea dezastrului. Ședințele inițiale sunt dedicate exprimării deschise a emoțiilor, precum și stabilirii raporturilor cu psihoterapeutul. În continuare au fost aplicate tehnici de restructurare cognitivă pentru corectarea gândurilor și convingerilor iraționale pe care le nutresc membrii familiei.

Într-o etapă ulterioară se lucrează asupra dezvoltării deprinderilor de comunicare din cadrul familiei precum și asupra activării unor resurse suportive sociale și afective din cadrul și din afara familiei.

Familia este în continuare încurajată să se angajeze în acțiuni concrete de rezolvare de probleme în vederea atingerii unor obiective dezirabile.

Figley (1988) prezintă, la rândul său, un model de terapie de familie în cinci trepte, model care își propune să remodeleze și să coreleze evenimentele petrecute în timpul dezastrului și să ajute membrii familiei să facă față problemelor care vor apărea în viitor. Un element important al acestui demers constă în atragerea la colaborare a tuturor membrilor familiei precum și atribuirea unui sens evenimentelor petrecute.

Studiu de caz (Abueg, Woods și Watson, 2000, p. 259)

Cathy lucra ca asistentă șefă de departament la un mare spital din San Francisco, spital care a fost serios avariat de cutremurul care a avut loc în octombrie 1989. Ea avea în subordine personalul cu studii medii și se ocupa direct de îngrijirea unui număr de pacienți. Structura de rezistență și tavanul spitalului au fost grav afectate și din acest motiv s-a luat măsura evacuării bolnavilor cu traumatisme minore în orele care au urmat cutremurului, evacuare care a presupus serioase riscuri.

În cursul procedurii de „debriefing" realizată de specialiștii Centrului pentru Tulburări Post-traumatice de stres, realizată la 10 zile după producerea dezastrului Cathy a relatat că este părinte unic și are în îngrijire și pe mama sa infirmă.

În momentul producerii cutremurului, deși s-a simțit foarte speriată de faptul că viața îi este amenințată, Cathy a preluat comanda evacuării sectorului de care

răspundea, fiind în contact permanent cu directorul spitalului și cu asistenta șefă pe spital. Ea a contribuit la evacuarea a opt salariați, peste 20 de pacienți, la mutarea paturilor, aparaturii și materialelor sanitare. În acea atmosferă de panică și confuzie, ea a fost capabilă să vorbească la telefon cu bona, cu fiica și cu mama ei care au relatat faptul că sunt bine, dar că nu au lumină electrică și își fac griji în legătură cu instalația de gaze care ar putea exploda.

Cel mai mult a înspăimântat-o zgomotul unui fragment de perete care s-a prăbușit în bucătărie distrugând vesela, în timp ce mama ei, bona și copilul se aflau în altă încăpere, la adăpost.

Cathy, împreună cu subalternii ei au participat la o ședință de „debriefing" care a durat două ore, în timpul căreia a vorbit despre sentimentele de neajutorare și panică pe care le-a trăit. De asemenea, ea a povestit faptul că avea coșmaruri legate de cutremur din care se trezea brusc întrebându-se unde îi sunt pacienții. Tema centrală dezbătută în cursul ședinței de debriefing a fost aceea cu privire la faptul dacă Cathy s-a comportat suficient de bine ca o persoană care trebuie să acorde ajutor. Terapeutul și grupul au apreciat pozitiv comportamentul ei considerându-l „excepțional".

Intervențiile grupului au ajutat-o pe Cathy să renunțe treptat la tendința de a-și minimaliza meritele.

Terapeutul acre a condus ședința de debriefing i-a ajutat pe membrii grupului să înțeleagă modul cum se instalează și se menține simptomatologia tulburării post-traumatice de stres, prezentând grupului un instructaj de tipul următor:

„Toți oamenii care au trecut printr-o astfel de experiență pot prezenta simptomele tulburării post-traumatice de stres, riscul fiind mai mare pentru persoanele care au fost supuse în ultima perioadă și altor tipuri de stresuri. De asemenea, cu cât teama legată de amenințarea vieții proprii sau a celor dragi sporește, crește și probabilitatea de apariție a simptomelor post-traumatice de stres.

Nu trebuie să fiți surprinși de faptul că anxietatea și amintirile terifiante se pot accentua după ce a trecut perioada de șoc. Reacțiile fiecărui individ sunt unice în felul lor și este necesar să le conștientizăm pentru a ne decide dacă este cazul să solicităm ajutorul prietenilor, familiei sau al unui specialist calificat. Din observațiile noastre a rezultat că o discuție de scurtă durată ce are loc imediat după ce a avut loc producerea dezastrului poate contribui la prevenirea instalării unor simptome mai grave. Ceea ce trebuie să rețineți este că un stres foarte puternic ne face pe toți vulnerabili."

Comportamentul non-verbal al lui Cathy a evidențiat faptul că ea nu intenționa să mai facă și alte dezvăluiri în fața grupului.

La încheierea ședinței, terapeutul a anunțat că va mai avea loc cel puțin o întâlnire în weekend și că s-ar bucura dacă ar fi contactat individual de către oricare membru al grupului care simte nevoia de sprijin.

Terapeutul s-a apropiat apoi de doi membri ai grupului, incluzând-o și pe Cathy, le-a dat cartea sa de vizită, spunând: „Vă mulțumesc pentru faptul că ați fost

Scanned with OKEN Scanner

în stare de criză, este absolut necesară pentru succesul demersului terapeutic. Având puține contacte cu clienta, terapeutul va trebui să stabilească această relație într-un timp foarte scurt, utilizând atât strategii verbale, cât și non-verbale, pentru a acorda pacientei înțelegere, suport afectiv și încredere în posibilitatea de a depăși situația.

Acest demers este deosebit de delicat, deoarece supraviețuitoarele unei situații de viol și-au pierdut încrederea în sine și în ceilalți și au tendința de a evita confruntarea cu amintirile legate de trauma suferită și prin urmare și cu terapeutul. Victima va trebui să fie susținută și ajutată să depășească rezistențele la psihoterapie prin intermediul unui demers suportiv care să-i valideze trăirile.

După ce a realizat o relativă normalizare a trăirilor afective și a trezit speranța pacientei în viitor, terapeutul va trebui să stabilească împreună cu aceasta obiectivele terapiei care vor fi reducerea anxietății și a comportamentelor de evitare.

Adesea, pacientele pot să nu fie de acord cu aceste obiective, ele dorind să mențină anxietatea pentru a motiva comportamentele de evitare în ideea că, dacă evită confruntarea cu situația traumatizantă, aceasta nu se va mai repeta.

Terapeutul trebuie să le ofere pacienților explicații suplimentare legate de faptul că obiectivele lor nu vor conduce la rezolvarea problemei, apoi să le prezinte obiective alternative, într-o manieră permisivă. Odată obținut acordul cu privire la obiectivele psihoterapiei se va trece la procesul de negociere a sarcinilor terapeutice.

Terapeutul va pune în discuție importanța expunerii verbale, pe care, de asemenea, multe paciente o vor considera prea amenințătoare. Chiar dacă pacienta e de acord cu obiectivele terapiei și cu însemnătatea relatărilor referitoare la evenimentul traumatic, aceasta poate prezenta în continuare rezistență care se manifestă sub forma anxietății de disconfort și a sentimentului de rușine (Muran și DiGiuseppe, 2000).

În cazul în care pacienta refuză să-și povestească istoria, terapeutul îi va spune că multe dintre supraviețuitoarele unor experiențe de viol prezintă astfel de dificultăți în relatarea traumei suferite, interogând-o apoi în legătură cu stările afective pe care le încearcă.

Multe paciente vor recunoaște faptul că le e rușine sau că sarcina este prea dificilă pentru ele. Dacă pacientele sunt capabile să-și exprime aceste emoții, terapeutul va sublinia importanța procesării acestora, deoarece ele blochează calea demersului terapeutic.

Practica a arătat însă că o serie de paciente nu sunt capabile să-și conștientizeze blocajul emoțional și, din acest motiv, DiGiuseppe (1991) recomandă o abordare mai directivă, terapeutul adresându-se pacientei astfel : Multe femei care au trăit experiențe similare s-au considerat prea lovite pentru a povesti ceea ce li s-a întâmplat. Cum vezi această problemă ?

În cazul unui răspuns afirmativ, terapeutul va continua: Multe femei se simt rușinate la gândul că ceilalți vor avea o părere proastă despre ele, auzind ceea ce li s-a întâmplat. Altele consideră că este prea dificil să discute despre trauma suferită.

Scanned with OKEN Scanner

Trauma a fost oricum foarte dureroasă. Care este reacţia ta: prima, cea de-a doua, ambele sau nici una dintre acestea?

Restructurarea cogniţiilor care conduc la apariţia rezistenţelor

Terapeutul va căuta să abordeze gândurile şi convingerile disfuncţionale care stau la baza apariţiei sentimentelor de jenă sau ruşine (ca de pildă convingerea că terapeutul va gândi rău despre pacientă atunci când va afla ce anume i s-a întâmplat). Acestea vor fi discutate împreună cu pacienta şi vor fi combătute prin tehnici specifice terapiei cognitive. De asemenea, vor fi abordate gândurile negative legate de faptul că victima ar fi vinovată de ce i s-a întâmplat, precum şi cele referitoare la lipsa ei de valoare ca persoană.

Joyce (1992) recomandă ca pacienţilor să li se explice faptul că au suferit o situaţie frustrantă ieşită din comun şi că sarcina de a vorbi despre cele întâmplate este mult prea dificilă. Aceasta reprezintă o metodă indirectă de creştere a rezistenţei la frustrare, provocând victima să reacţioneze în sens contrar sugestiei şi să relateze evenimentul petrecut. De asemenea, pacientelor trebuie să li se explice că este mai bine să suporte un disconfort temporar, decât o suferinţă pe termen lung.

Culegerea de informaţii în legătură cu situaţia stresantă

După ce clienta a relatat experienţa traumatizantă, terapeutul trebuie să adune informaţii referitoare la problemele curente, la funcţionarea psihică în viaţa cotidiană, precum şi la suporturile sociale de care dispune aceasta. De asemenea, este necesar ca terapeutul să ia în considerare riscul suicidar, aspectele personalităţii premorbide, caracteristicile relaţiilor interpersonale, precum şi existenţa altor situaţii psihotraumatizante în antecedente.

După realizarea interviului clinic, terapeutul va informa pacienta în legătură cu simptomele tulburării post-traumatice de stres (Muran şi DiGiuseppe, 2000, p. 156).

Simptomele tulburării post-traumatice de stres apar după ce o persoană a trăit un eveniment traumatizant extrem, aşa cum este violul, eveniment în care poate fi ameninţată şi viaţa persoanei. Aceste simptome pot afecta funcţionarea psihică din viaţa cotidiană, precum şi relaţiile cu cei din jur.

Evenimentul îţi marchează uneori existenţa dacă îl retrăieşti în gând sau în timpul viselor ; ca atare, vie simţi o nevoie piternică să eviţi activităţile, situaţiile, sentimentele şi gândurile care sunt asociate cu violul. Vei deveni nervoasă şi agitată atunci când te vei confrunta cu orice stimul care îţi aminteşte de experienţa trăită.

Te vei simţi foarte speriată, vei plânge frecvent, îţi vei pierde pofta de mâncare şi vei avea tulburări de somn. Vei avea şi tulburări somatice care îţi vor aminti de cele petrecute.

După ce au fost violate, majoritatea femeilor trăiesc sentimente de tristeţe, depresie, scăderea stimei de sine, vinovăţie, ruşine, jenă, sentimente de autoblamare

Scanned with OKEN Scanner

Manualul D.S.M. III-R (A.P.A., 1987) definește sindromul de stres post-traumatic ca o tulburare anxioasă datorată unui factor traumatic precipitator, care depășește nivelul factorilor stresanți ce acționează în mod obișnuit asupra subiectului.

Deși reacțiile acute și cronice generate de expunerea la situația traumatică variază considerabil de la individ la individ, există supraviețuitori ai situațiilor traumatice care nu-și mai revin niciodată la nivelul inițial de funcționare psihică (Fairbank și Brown, 1987), iar dintre aceștia doar o mică parte solicită sprijin pentru depășirea situației de criză sau tratament pe termen mai lung.

Mulți subiecți care au fost victime ale unor situații traumatice dezvoltă tulburarea post-traumatică de stres care se caracterizează prin: reamintirea persistentă, intruzivă și deranjantă a traumei, reducerea receptivității la stimulii ambianței, evitarea sau tendința de a fugi de elemente sau situații care reamintesc de traumă, precum și printr-o varietate de simptome autonome (neurofiziologice), disforice (tulburări de dispoziție) sau cognitive care persistă mai mult de o lună după producerea evenimentului stresant (Fairbank și Brown, 1987). Manualul D.S.M. IV a menținut descrierea simptomatologiei tulburării post-traumatice de stres, dar a introdus și noțiunea de traumă actuală, precum și pe cea de amenințare percepută.

Deoarece tulburarea post-traumatică de stres nu poate fi diagnosticată decât la o lună de la producerea evenimentului, manualul D.S.M. IV a introdus o nouă afecțiune denumită tulburare acută de stres (T.A.S.), ale cărei simptome se suprapun destul de mult peste cele specifice tulburării traumatice de stres.

Diagnosticul diferențial între cele două afecțiuni are în vedere durata simptomelor, precum și prezența unor tulburări disociative în cazul tulburării acute.

Tulburarea acută de stres poate fi diagnosticată imediat după producerea traumei, tulburările durând cel puțin două zile, dar putându-se întinde pe o perioadă mai scurtă de o lună. Pentru diagnosticarea acesteia, subiectul trebuie să prezinte trei până la cinci simptome cu caracter disociativ : derealizare, depersonalizare, amnezie, senzația subiectivă de insensibilitate și conștientizarea redusă a factorilor ambianței.

În cele ce urmează vom aborda trauma legată de viol, ca factor declanșator al tulburării post-traumatice de stres.

Studiile clinice au evidențiat faptul că la scurt timp după eveniment, 94% din supraviețuitoare întrunesc criteriile de diagnostic pentru tulburarea post-traumatică de stres, la trei luni, 47% din victime suferă de această tulburare, iar la 17 ani după eveniment, 16,5% din persoane încă mai prezintă tulburări specifice stresului post-traumatic (Rothbaum et al.; 1992).

Studiul menționat a evidențiat faptul că supraviețuitoarele manifestau simptomele respective imediat după traumă, ele putând fi diagnosticate la început cu tulburarea acută de stres.

Elizabeth Muran și DiGiuseppe (2000) prezintă unele aspecte specifice intervenției pentru situația de criză în care se află aceste paciente.

Scanned with OKEN Scanner

Primul pas al intervenției cognitiv-comportamentale pentru situația de criză constă în relatarea verbală a evenimentului traumatic care trebuie realizată cât mai curând posibil după producerea acestuia. Marea majoritate a psihologilor de orientare cognitiv-comportamentală sunt de părere că, cu cât subiectul va pune mai mult în acțiune comportamentele de evitare, cu atât anxietatea sa va fi mai puternică. Psihologii militari, cu experiență în tratarea tulburării post-traumatice de stres, subliniază faptul că intervenția precoce este crucială pentru succesul tratamentului.

În timpul crizei, supraviețuitoarele violurilor se află într-o stare de puternică activare emoțională, fapt ce le determină să fie mai predispuse la dezvăluiri față de un ascultător atent și suportiv.

Supraviețuitoarele manifestă tendința de a repeta relatarea faptelor, fenomen care trebuie încurajat de către terapeut, deoarece are un efect cathartic.

Terapeutul va trebui să acționeze astfel încât să normalizeze reacțiile emoționale de mare amploare, solicitând completarea relatării. Dezvăluirea completă a celor petrecute este un proces dificil, pentru că multe dintre supraviețuitoare fie nu-și mai amintesc toate detaliile, fie evită să se mai confrunte direct cu amenințările anxiogene.

Trebuie subliniat faptul că multe victime au fost descurajate de familie și prieteni să-și dezvăluie experiențele traumatizante, considerând că este mai bine ca acestea să fie date uitării.

Cu toate acestea, sub aspect psihoterapeutic, descrierea evenimentului și relatarea cogniților și stărilor afective trăite reprezintă prima formă de expunere.

Expunerile incomplete sau spontane (amintiri intruzive, coșmaruri) au un efect terapeutic mult mai slab, deoarece nu se includ toți stimulii condiționali, reducerea simptomelor tulburării post-traumatice de stres neputând să se producă. După părerea lui Keane, Zimmerling și Caddell (1985), cu cât sunt abordate mai multe detalii în timpul expunerii în plan imaginativ, cu atât aceasta va fi mai completă și va facilita procesul de stingere a simptomelor de stres.

Pe măsură ce pacienta își descrie experiențele, terapeutul trebuie să evalueze prezența și intensitatea simptomelor de stres post-traumatic, precum și dificultățile sau tendințele de evitare pe care le manifestă aceasta în redarea evenimentului traumatic.

De asemenea, terapeutul va nota gândurile și stările afective dezadaptative legate de rolul victimei în producerea traumei, va întări gândurile și emoțiile adaptative, va începe treptat să adreseze provocări celor dezadaptative și în cele din urmă o va ajuta pe pacientă să le substituie.

Obiectivul terapeutului constă în a o ajuta pe pacientă să-și reamintească evenimentul traumatic, să accepte faptul că acesta a avut loc și să proceseze gândurile și stările afective negative aferente.

Stabilirea și menținerea alianței terapeutice. Așa cum am mai subliniat, stabilirea și menținerea relației sau alianței terapeutice, deși adesea dificil de realizat

Scanned with OKEN Scanner

O problemă importantă o reprezintă gândurile de autoînvinovățire ale victimelor, care, de cele mai multe ori, au tendința de a se simți responsabile pentru ceea ce li s-a întâmplat.

Yanoff-Bulman (1979) consideră că o strategie eficientă ar fi aceea de a atribui vinovăția modului de comportament și nu subiectului ca persoană. Mai precis, dacă pacienta consideră că modul ei de a se comporta stă la baza celor petrecute („aș fi putut să nu merg singură noaptea"), acesta reprezintă un element modificabil și o poate ajuta să-și recâștige sentimentul autocontrolului. Atribuirea vinovăției persoanei respective („sunt o ființă rea și din acest motiv mi s-a întâmplat nenorocirea") este contraproductivă și conduce la depresie și anxietate.

6. Tehnica stopării gândurilor

Obiectivul acestei tehnici constă în stoparea afirmațiilor și imaginilor obsesive dezadaptative.

La început, pacienta va fi solicitată să-și imagineze și să se gândească la stimulii anxiogeni, după care terapeutul o va întrerupe spunând stop! Apoi aceasta va realiza exercițiul singură, la început cu voce tare, iar ulterior în limbaj interior.

Gândurile negative dezadaptative care trebuie oprite sunt de tipul următor:

„Sunt o ființă ratată".
„A fost greșeala mea".
„Nimeni nu trebuie să știe că am fost violată".
„Niciodată nu voi mai fi aceeași persoană".
„Nu voi mai avea încredere în nimeni" etc.

7. Tehnica dialogului dirijat

Metoda constă în identificarea cogniților cu conținut dezadaptativ și substituirea lor cu unele adaptative.

Etapele care trebuie parcurse sunt următoarele (Muran și DiGiuseppe, 2000, p. 161):

- *Faza de pregătire:* identificarea problemei și evaluarea consecințelor ei negative.
- *Faza de confruntare:* fragmentarea obiectivului în pași mici care pot fi parcurși.
- *Faza de management al anxietății:* imaginarea anxietății ca fiind temporară și controlabilă.
- *Faza de întărire:* autocomenzi cu conținut pozitiv după realizarea acțiunii.

Victimele violurilor trebuie încurajate de către psihoterapeut să apeleze la suporturile sociale de care dispun (să se adreseze familiei, prietenilor, să se mute împreună cu cineva, să-și instaleze un sistem de alarmă etc.). De asemenea, trebuie discutate dificultățile sexuale cu care se confruntă în urma traumei atât victima, cât și partenerul acesteia.

Scanned with OKEN Scanner

Terapeutul va sprijini pacientele să întreprindă și controalele medicale necesare, mai ales că multe dintre ele pot considera aceste controale ca pe o nouă agresiune care le determină să retrăiască psihotrauma.

Tehnicile de expunere nu sunt indicate în situația de criză, acestea conducând la o supraactivare emoțională a pacientei.

Intervenția în criză are un caracter limitat în timp, obiectivul acesteia fiind stabilizarea pacientei și formarea unor strategii adaptative pe termen scurt. După depășirea crizei poate fi aplicată o strategie cognitiv-comportamentală mai structurată.

Trebuie să subliniem faptul că, deși am luat în discuție mai ales pacienții de sex feminin, practic, oricine poate fi victima unui viol.

Prin întreaga sa atitudine terapeutul trebuie să asigure un echilibru între empatie și suport afectiv și încrederea în posibilitățile persoanei de a depăși situația dificilă în care se află.

Intervenția cognitiv-comportamentală în cazul victimelor traumelor produse de confruntările militare

Kimble, Riggs și Keane (1998) au conceput un model de terapie utilizat în cazul victimelor traumelor de război. Autorii prezintă spre exemplificare următorul caz clinic (Kimble, Riggs și Keane, 1998, p. 113);

Domnul J., în vârstă de 48 de ani, veteran al războiului din Vietnam, se prezintă la psihoterapie pentru coșmaruri având drept tematică situațiile de luptă, tulburări de somn, hiperreactivitate la stimuli minori, hipervigilență, tendință de izolare socială, crize de mânie și idei suicidare.

Interviul clinic a evidențiat și alte aspecte, cum ar fi: dizarmonii în sfera relațiilor maritale, șomaj, dureri cronice la coloana vertebrală și la un picior, tendința de a abuza de alcool, toate acestea pe fondul unei personalități dezarmonice de tip „borderline" și antisocială.

Pacientul a luptat 22 de luni ca pușcaș marin, apoi a fost trecut în rezervă în urma unui traumatism la picior.

După întoarcerea din Vietnam, acesta nu a lucrat timp de un an, aflându-se în refacere după traumatismul suferit. În acea perioadă, el a început să bea pentru a-și calma durerile de la picior și pentru a putea dormi. Ulterior el și-a găsit un serviciu cu ajutorul unui prieten, serviciu pe care l-a abandonat în scurt timp.

În următorii 22 de ani a prestat tot felul de munci pe care le refuzau, de regulă, alte persoane.

Pacientul bea frecvent la locul de muncă și avea altercații cu colegii.

Acesta s-a căsătorit, a avut doi copii și a divorțat după trei ani, recăsătorindu-se după alți zece ani.

Cu cinci ani înainte de a se prezenta la psihoterapie, domnul J. și-a pierdut ultimul serviciu, deoarece firma respectivă s-a restructurat și de atunci el nu a mai

Scanned with OKEN Scanner

și furie. Aceste sentimente îți pot afecta întreaga viață și activitate. Vei avea tulburări de dispoziție care vor influența negativ relațiile sociale.

În cazul în care violatorul este o persoană cunoscută, încrederea ta în oameni va fi zdruncinată. Indiferent dacă violatorul este sau nu o persoană cunoscută, lumea nu ți se va mai părea sigură. Vei avea impresia că singura cale de a te simți în siguranță ar fi retragerea. Cu toate acestea, trebuie să ai în vedere faptul că acum, mai mult ca niciodată, ai nevoie de sprijin din partea familiei și prietenilor. Violul reprezintă o experiență care te poate face să te simți foarte izolată, dar trebuie să conștientizezi faptul că nu ești singură și că există oameni care te pot ajuta.

Informațiile în legătură cu simptomele pe care le trăiesc victimile violurilor contribuie la normalizarea trăirilor pacientei și o ajută pe aceasta să-și recapete autocontrolul.

Strategiile terapeutice pentru victimele violurilor
(Muran și DiGiuseppe, 2000, p. 157)

Psihotrauma suferită va afecta negativ funcționarea psihică, relațiile interpersonale și activitatea sexuală.

În vederea reducerii sechelelor stresului post-traumatic, autorii propun un program psihoterapeutic denumit program de autocontrol al stresului. Acest program elaborat de Meichenbaum (1970) și adaptat pentru victimele violurilor de către Kilpatrick, Veronen și Resick (1982) are ca obiectiv înarmarea pacientelor cu metode de a depăși anxietatea și fricile și de a optimiza modul de funcționare psihică în situații psihotraumatizante.

Programul include un antrenament care durează aproximativ 12 săptămâni, cu ședințe de psihoterapie săptămânale de 90 de minute.

Muran și DiGiuseppe (2000) sunt de părere că, mai ales pentru situațiile de criză, acest program ar trebui scurtat.

Prima etapă a programului este una educațională, în care se prezintă pacientei principiile tehnicii psihoterapeutice aplicate: condiționarea, generalizarea și aspectele cognitive.

Reacțiile pacientei la stres sunt sistematizate în trei categorii: reacții fiziologice (autonome), reacții comportamentale (motorii) și reacții în plan cognitiv.

Terapeutul va discuta cu pacienta interacțiunile care se stabilesc între cele trei modalități de a reacționa.

Etapa a doua este dedicată însușirii unor strategii de a face față anxietății. Acestea sunt următoarele:

1. Tehnica respirației controlate

Se utilizează respirația abdominală (diafragmatică), inspirată din tehnicile Hatha-Yoga, pe ritmul 4 inspirație și 4 expirație.

Scanned with OKEN Scanner

Experienţa noastră clinică a evidenţiat faptul că treptat se poate mări durata expiraţiei, fapt ce are un efect relaxant asupra pacientei, ajungându-se la ritmul ½ (inspiraţie 1 sau multipli, expiraţie 2 sau multipli) (Holdevici, Vasilescu, 1988).

Terapeutul va demonstra modul de realizare a exerciţiilor în timpul şedinţei de psihoterapie, va lucra cu pacienta în cabinet, apoi va trasa ca sarcină pentru acasă efectuarea acestora.

2. Relaxarea musculară

Deşi autorii recomandă utilizarea relaxării musculare Iacobson şi a variantelor acesteia, am constatat faptul că la pacientele din ţara noastră se obţin rezultate superioare în urma aplicării ciclului inferior al antrenamentului autogen Schulz (exerciţiile de greutate, căldură şi destindere generală) (Holdevici, 2000).

Ca şi în cazul exerciţiilor de respiraţie, pacienta va învăţa şi va exersa relaxarea la început împreună cu terapeutul şi apoi independent.

3. Tehnica imaginaţiei dirijate

Pacienta aflată în stare de relaxare musculară va trebui să-şi imagineze o situaţie generatoare de anxietate şi apoi să se vadă pe sine făcând faţă cu bine situaţiei respective.

4. Jocul de rol şi antrenamentul asertiv

Aceste tehnici vor fi utilizate mai ales pentru optimizarea comunicării în situaţiile interpersonale. Astfel, pacienta va fi învăţată să-i împărtăşească partenerului de viaţă temerile sau disconfortul sexual.

5. Restructurare cognitivă

Supravieţuitoarele situaţiilor de viol nutresc adesea gânduri dezadaptative legate de autoblamare, imposibilitatea de a controla viitorul sau lipsa de sens a acestuia.

Psihoterapia cognitivă le ajută să-şi restructureze convingerile negative că lumea este periculoasă şi nesigură sau că ele sunt persoane incompetente.

Pacienta va învăţa să identifice, să evalueze şi să modifice astfel de gânduri şi convingeri disfuncţionale.

Muran şi DiGiuseppe (2000) consideră că „în asemenea cazuri nu trebuie să se insiste prea mult asupra tendinţei pacientei de a catastrofiza situaţia, pentru că automat, pacienta va respinge o astfel de abordare, pe care nu o va considera iraţională, întrucât orice persoană ar fi de acord că este îngrozitor să fii violată".

În cazul în care terapeutul ar aborda în mod clasic problematica, acest lucru ar duce la destrămarea alianţei terapeutice.

O modalitate corectă de abordare ar fi aceea în care trauma este recunoscută ca atare, dar este redefinită într-o manieră adaptativă. „Am trecut printr-o experienţă îngrozitoare, însă am fost suficient de puternică pentru a supravieţui".

Scanned with OKEN Scanner

6. Etapa de consolidare a achiziţiilor.

Terapeutul şi pacientul vor lucra împreună pentru a monitoriza modul de funcţionare psihică a acestuia din urmă şi pentru a asigura suportul şi elementele necesare menţinerii abilităţilor şi strategiilor formate în timpul psihoterapiei.

Interviu preliminar

Interviul preliminar nu se limitează doar la primele şedinţe cu pacientul, ci continuă pe tot parcursul demersului psihoterapeutic. Se urmăreşte mai ales identificarea rezistenţelor subiectului la schimbare. După ce terapeutul şi-a formulat o ipoteză cu privire la problemele pacientului, pot fi introduse tehnicile cognitiv-comportamentale de intervenţie.

În cazurile complicate, interviul preliminat este dificil, pentru că terapeutul trebuie să evidenţieze o multitudine de probleme care interacţionează la nivel cognitiv, comportamental şi emoţional, afectează o serie de domenii ale existenţei (social, ocupaţional, igiena personală) şi care variază în funcţie de perioada de timp ce s-a scurs de la producerea traumei. Astfel, atunci când se aplică tehnicile de expunere, terapeutul trebuie să monitorizeze riguros fluctuaţiile nivelului de anxietate, prezenţa altor tulburări de dispoziţie care pot reduce eficienţa expunerii, factorii de stres la care este supus pacientul în cursul vieţii cotidiene, precum şi factorii de risc la care este expus acesta.

Keane şi colaboratorii (1983; 1987; 1997) au pus la punct un model de evaluare multidimensional, care depăşeşte simpla evaluare a simptomelor tulburării posttraumatice de stres, incluzând şi analiza tipului de eveniment traumatic, modul specific de reactivitate a fiecărui pacient în parte, adaptarea acestuia la simptomele prezente, factorii socio-culturali, co-morbiditatea (alte afecţiuni pe care le prezintă pacientul), precum şi alte elemente care pot afecta demersul terapeutic (Liz et al.; 1992).

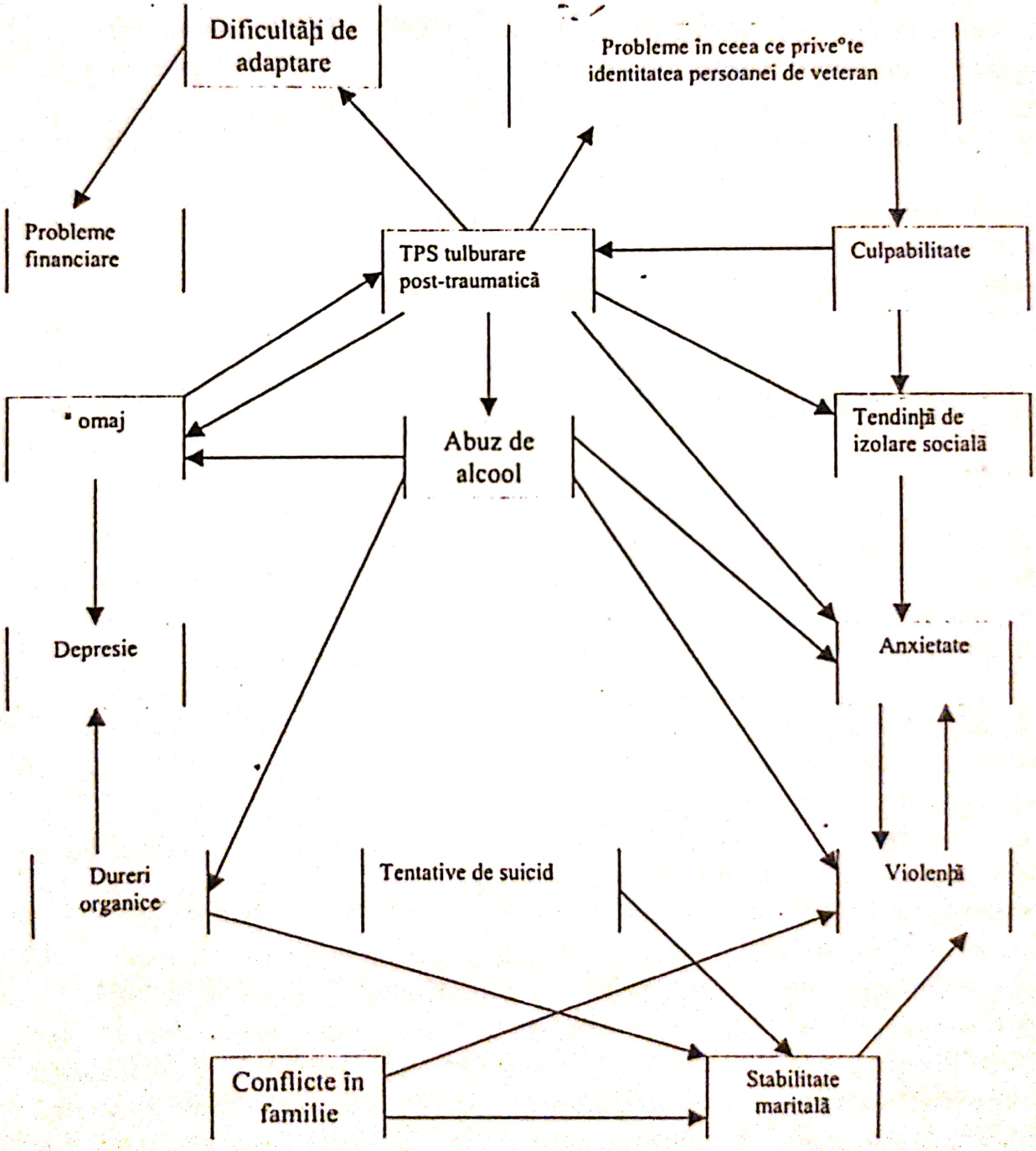
În cazul pacientului la care ne-am referit (domnul J.), evaluarea iniţială a cuprins:

1. Interviu clinic axat pe problematica evenimetelor traumatice, a elementelor referitoare la autoconservare şi preocupările pentru bunăstarea personală, precum şi unele aspecte legate de problemele medicale, ocupaţionale, sociale şi juridice.
2. Expertiza psihiatrică.
3. Examen medical general.
4. Analiza fişei medicale şi a situaţiei militare.
5. Interviu de evaluare a efectelor evenimentului traumatic (Inventarul TPS-PTSD Checklist, Weathen et al.); Scalele de depresie şi anxietate Beck (Beck et al; 1961; 1988) şi Inventarul de personalitate Minnesota, MMPI2).
6. Testare psihofiziologică pentru evaluarea gradului de reactivitate la stimulii legaţi de psihotraumă (reflexul electrodermal asociat cu experimentul asociativ-verbal).

Scanned with OKEN Scanner

7. Interviu cu soţia pacientului pentru a evalua dificultăţile maritale, opiniile acesteia în legătură cu simptomele, precum şi cu dificultăţile soţului său în alte domenii ale existenţei.

În urma evaluării iniţiale a fost elaborată o schemă care evidenţiază interrelaţiile dintre problemele pacientului, schemă pe bază căreia au fost identificate zonele de intervenţie.



Schema interrelaţiilor dintre problemele pacientului (după Kimble, Riggs şi Keane, 1998, p.115)

Scanned with OKEN Scanner

lucrat nicăieri. După pierderea serviciului, simptomele sale datorate stresului posttraumatic, precum și abuzul de alcool s-au accentuat foarte mult.

Pacientul și soția acestuia au relatat o creștere semnificativă a conflictelor și violențelor intrafamiliale în ultimele șase luni, deși violențele nu s-au soldat cu loviturI care să necesite tratament spitalizat.

Soția l-a amenințat că îl va părăsi, dar se temea să o facă din cauza ideilor suicidare ale pacientului.

După cum se poate constata, este vorba de o problematică deosebit de complexă, abordarea terapeutică a unora dintre simptome îngreunând sau chiar venind în contradicție cu abordarea celorlalte.

În astfel de cazuri, demersul cognitiv-comportamental oferă terapeutului strategii suficiente care să poată fi aplicate.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală include o serie de tehnici menite să rezolve anumite simptome și probleme în sfera comportamentală, tehnici care au cel puțin următoarele elemente comune (Kimble; Riggs și Keane, 1998):

– psihoterapeutul pornește de la premisa că simptomele și comportamentele cu caracter dezadaptativ reprezintă elemente învățate;

– demersul terapeutic se bazează pe obținerea unor dovezi empirice privind eficacitatea tehnicilor aplicate;

– demersul terapeutic este adaptat problematicii fiecărui client în parte;

– psihoterapia cognitiv-comportamentală reprezintă un proces de rezolvare de probleme, în cadrul căruia terapeutul formulează ipoteze referitoare la stimulii, reacțiile, factorii conjuncturali și procesele cognitive care generează și mențin comportamentele dezadaptative și realizează o serie de demersuri de verificare a acestora, precum și de soluționare a problemelor-simptome.

Intervențiile cognitiv-comportamentale reprezintă experimente realizate asupra unor cazuri unice, experimente în care se formulează ipoteze, se manipulează variabile, se adună date, se evaluează rezultatele și se planifică intervențiile viitoare pe baza acestora.

În cazul supraviețuitorilor unor situații traumatice, care prezintă simptome multiple, terapeutul va formula în mod spontan mai multe ipoteze de lucru, referitoare la interrelațiile dintre simptome, la alte probleme secundare, precum și la factorii care contribuie la menținerea acestora.

La ora actuală, psihoterapeuții de orientare comportamentală pun un accent deosebit pe rolul anxietății și tendințelor de evitare în menținerea celorlalte simptome.

Pacienții reușesc parțial să evite anxietatea utilizând diferite strategii comportamentale și cognitive (retragere, disociere etc.). Totodată, aceste mecanisme de evitare îngreunează procesarea terapeutică asupra aspectelor de natură emoțională; procesare absolut necesară pentru depășirea efectelor psihotraumei (Foa, Riggs și Keane et al; 1998).

Scanned with OKEN Scanner

Din acest motiv, terapeuții comportamentaliști își concentrează atenția mai ales asupra tehnicii de tipul expunerii la stimuli anxiogeni. Kimble, Riggs și Keane (1998), fără a minimaliza rolul anxietății și al strategiilor de evitare, consideră că simptomatologia tulburărilor post-traumatice de stres este produsă și menținută și de alți factori ce țin de interrelația dintre anxietatea provocată de trauma suferită și alte probleme ale subiectului. Autorii menționați disting următoarele situații:

1. Problemele-simptome apar și sunt menținute de nevoia pacientului de a ține anxietatea sub control.

2. Problemele-simptome apar ca o reacție la anxietate, dar sunt menținute de alți factori.

3. Problemele sunt create și menținute de alți factori care nu au legătură cu anxietatea.

4. Problemele sunt generate de alți factori care nu au legătură cu anxietatea, dar sunt menținuți pentru că îl ajută pe subiect să facă față anxietății.

Așadar, anxietatea nu mai trebuie considerată ca fiind singurul factor etiologic care contribuie la producerea și menținerea celorlalte simptome, iar demersul psihoterapeutic nu se va focaliza exclusiv asupra acesteia, ci asupra unei multitudini de aspecte.

Kimble, Riggs și Keane (1998) au elaborat un model de psihoterapie realizat în mai multe faze (model fazic), model ce permite efectuarea unor intervenții terapeutice în mai multe zone în care apar aspecte psihopatologice.

Aceste model de psihoterapie este flexibil, ține seama de priorități și presupune abordarea unor aspecte precise în perioade de timp bine definite.

Modelul se utilizează cu adulții supraviețuitori ai unor evenimente traumatice deosebite și include 6 etape sau faze:

1. Etapa de stabilizare emoțională și comportamentală, care presupune focalizarea demersului psihoterapeutic asupra gestionării crizei.

Terapeutul trebuie să se asigure că pacientul dispune de abilități, are resurse pentru a-și satisface trebuințele de bază și pentru a-și menține integritatea ca persoană.

2. Etapa de educație legată de evenimente traumatice.

Terapeutul va furniza pacientului informații referitoare la consecințele expunerii la evenimentul traumatic, precum și la simptomele tulburării post-traumatice de stres (TPS).

3. Etapa managementului stresului are ca obiectiv însușirea unor deprinderi de a face față stresului, anxietății, precum și problemelor interpersonale.

4. Etapa de focalizare asupra traumei presupune utilizarea unor tehnici specifice de expunere, în vederea reducerii efectelor anxietății specifice tulburării post-traumatice de stres.

5. Etapa de prevenire a recăderilor are ca obiectiv însușirea de către pacient a unor abilități și strategia de a face față recăderilor, precum și acțiunii altor factori stresanți.

Scanned with OKEN Scanner

Se poate constata faptul că simptomele tulburării post-traumatice de stres, consumul excesiv de alcool și tentativele de suicid reprezintă în acest caz probleme prioritare.

Din analiza acestei diagrame deosebit de complexe se desprind și câteva concluzii în legătură cu organizarea intervențiilor terapeutice (Kimble, Riggs și Keane, 1998, p. 116).

1. Utilizarea tehnicii expunerii implozive sau a imersiunii: la începutul terapiei ar putea exacerba simptomele de stres post-traumatice, fapt ce ar contribui la creșterea consumului de alcool, la accentuarea conflictelor și violențelor, a tendinței de izolare, a ideației cu conținut suicidar, precum și a sentimentelor de culpabilitate.

2. Solicitarea adresată pacientului de a renunța la alcool ar putea conduce la accentuarea durerilor organice și a simptomelor post-traumatice de stres, dar ar putea contribui la atenuarea comportamentelor violente, a dificultăților relaționale și financiare.

3. Reducerea conflictelor maritale prin intermediul psihoterapiei de familie va contribui la reducerea numărului de conflicte, a abuzului de alcool, a violenței, a depresiei și anxietății.

4. Introducerea timpurie a unor tehnici de management al stresului ar putea fi dificilă deoarece anxietatea legată de evenimentele traumatice își are rădăcinile în identitatea pacientului de veteran de război, conferă semnificație actelor întreprinse în această calitate și legitimează obținerea unor beneficii materiale.

5. Demersul terapeutic medicamentos și cognitiv-comportamental menit să reducă intensitatea tulburărilor post-traumatice de stres va conduce la reducerea consumului de alcool, a simptomelor depresive, a violenței, culpabilității, tendinței de izolare, dar ar putea facilita acceptarea identității de veteran de război a pacientului, fapt ce ar conduce la consecințe în plan financiar (cel puțin pe moment), precum și la destrămarea căsniciei. (Soția se teme să divorțeze din cauza comportamentului suicidar al soțului.)

În astfel de cazuri, terapeutul va trebui să evalueze cât mai corect avantajele și riscurile fiecărei intervenții terapeutice realizate.

Terapeutul a decis să înceapă intervenția lucrând asupra conflictelor și asupra asigurării securității familiei, ceea ce presupune un risc mic și efecte benefice pentru cei implicați.

Interviul clinic ce se va desfășura pe parcursul psihoterapiei trebuie să fie economic sub aspectul timpului, flexibil, să furnizeze informațiile necesare și corecte.

Scanned with OKEN Scanner

Kimble, Riggs şi Kane (1998, p. 118) propun, în cazul tulburării complicate de stres post-traumatic, următoarea schemă de evaluare pe tot parcursul terapiei, evaluare ce se înscrie într-o matrice 2 x 3.

	Simptome	Intervenţii	Evenimente „cheie“
În timpul °edinţei de psihoterapie	Evaluarea stării actuale, moment de moment. „Cum te simţi acum?“	Schimbare în urma intervenţiei „Cum te simţi după ce ai aplicat metoda „X“?	Procesare terapeutică: „Ce simţi faţă de tratament?“
Între °edinţele de psihoterapie	Evaluare săptămânală (săptămână de săptămână) „Cum te simţi săptămâna aceasta?“	Schimbare în urma intervenţiei „Cum s-au desfă°urat temele pentru acasă?“	Evenimente de viaţă. „Cum s-a desfă°urat săptămâna care s-a scurs?“

Pe baza informaţiilor obţinute, terapeutul va avea o mai mare garanţie că intervenţiile aplicate sunt corecte.

Evaluările asupra evenimentelor dintre şedinţele de psihoterapie au loc pe baza autoevaluărilor, a automonitorizărilor, precum şi a informaţiilor obţinute de la persoanele semnificative din anturajul pacientului.

În timpul şedinţei de psihoterapie se înregistrează următoarele aspecte:

– fluctuaţiile simptomelor care au loc în timpul intervenţiei terapeutice.

– impactul tehnicilor utilizate asupra cogniţiilor, emoţiilor şi comportamentului subiectului;

– aspectele cognitive, precum şi alţi factori care afectează tratamentul.

Între şedinţele de psihoterapie se înregistrează:

– fluctuaţiile simptomelor şi stărilor emoţionale de la o şedinţă la alta;

– impactul intervenţiilor terapeutice care se resimte între şedinţele de psihoterapie asupra emoţiilor şi simptomelor;

– evenimentele „cheie“ care au loc în afara procesului terapeutic şi care acţionează asupra simptomelor şi stărilor afective.

Evaluarea din timpul şedinţelor de psihoterapie:

Secţiunea 1: „Cum te simţi în acest moment?“

Se utilizează scale de evaluare a anxietăţii, depresiei, irascibilităţii etc., aplicate de către terapeut sau pacient, observarea expresiilor emoţionale, a reacţiilor fiziologice sau a altor indicatori consideraţi relevanţi, în prezenţa unor stimuli, gânduri sau amintiri legate de evenimentul traumatizant. Astfel, în cazul domnului J., terapeutul a observat semne vizibile de supraîncordare în momentul în care soţia i-a adresat unele remarci cu caracter critic, precum şi tresăriri nervoase datorate amintirilor dureroase declanşate de respectivele remarci.

Scanned with OKEN Scanner

Pe baza acestor informații, terapeutul formulează ipoteza că remarcile critice ale soției declanșează la pacient un flux de amintiri dureroase.

Intervenția terapeutică inițială are drept scop „spargerea" acestui pattern de comportament, iar tehnicile utilizate ar putea fi:

– terapie asertivă pentru exprimarea deschisă a trăirilor și emoțiilor pentru domnul J. (fără agresivitate sau defensivitate);

– sfaturi pentru soție în legătură cu maniera cea mai potrivită de ralaționare cu pacientul;

– tehnici de optimizare a comunicării și de diminuare a tendinței spre critică.

Secțiunea 2: „Cum te simți după de ai încercat o intervenție terapeutică?"

Terapeutul va utiliza tehnicile de evaluare pentru a testa efectele diverselor tehnici terapeutice. Astfel, se poate testa nivelul anxietății după practicarea tehnicilor de expunere, care are ca obiect amintirea și retrăirea cu cât mai multe detalii a traumei suferite.

În cazul în care nivelul anxietății nu se modifică în timpul exercițiului (în sensul creșterii), aceasta înseamnă că pacientul a omis unele detalii legate de cele petrecute, situație în care terapeutul va adresa întrebări suplimentare.

Dacă anxietatea se reduce după terminarea exercițiilor, acesta este un semn că a avut loc procesarea terapeutică asupra simptomelor tulburării post-traumatice de stres.

Secțiunea 3. „Ce simți la tratament?" (Reacția la tratament)

Terapeutul trebuie să evidențieze și reacțiile pacientului la terapie, mai ales factorii care stau în calea schimbării. Astfel, oricât de bine planificate și adecvate ar fi intervențiile psihoterapeutice, ele nu vor avea efecte dacă pacientul nu este motivat să lucreze cu terapeutul sau nu dorește să se schimbe.

Evaluarea din cadrul acestei secțiuni urmărește identificarea gândurilor și comportamentelor care blochează atingerea obiectivelor terapiei asupra cărora terapeutul și pacientul au căzut de acord și care pot fi considerate rezistențe la pacienții cu tulburare post-traumatică de stres:

– neîncrederea în terapie sau psihoterapeut;

– sentimentele de iritare și mânie;

– lipsa de speranță;

– sentimentele de culpabilitate;

– beneficiile secundare obținute de pe urma bolii etc.

Aceste rezistențe pot fi evidențiate mai ales prin sesizarea comportamentelor incongruente. (De pildă, pacientul afirmă că dorește să-și însușească strategii psihologice de autocontrol al emoțiilor negative, dar refuză să le aplice în timpul ședinței de psihoterapie sau evită contactul vizual cu terapeutul.)

Terapeutul trebuie să-i atragă atenția pacientului asupra acestor manifestări, subliniind faptul că sarcinile trasate implică anumite elemente pe care acesta din urmă dorește să le evite.

Scanned with OKEN Scanner

În cazul în care situația persistă, terapeutul și pacientul vor lucra împreună pentru a descoperi cauzele care stau la baza acestui fenomen.

Evaluările dintre ședințele de psihoterapie diferă de cele realizate în timpul acestora, se referă la evenimentele care au loc în afara cabinetului și se realizează pe bază de autoevaluări.

Aceste strategii au menirea de a-l obișnui pe pacient să-și autoobserve stările psihice și comportamentul.

Mai ales la începutul terapiei, mulți pacienți omit să relateze astfel de evenimente, fie pentru că au unele rețineri să vorbească despre ele, fie deoarece nu sunt conștienți de importanța lor.

Din acest motiv, terapeutul va trebui să adreseze întrebări de tipul: „cum te-ai simțit săptămâna aceasta?", „cum au mers temele pentru acasă?", „cum a decurs săptămâna trecută?" etc., realizând astfel trecerea la următoarea secțiune.

Secțiunea 4. Simptomele

Întrebarea-cheie este: „cum te-ai simțit săptămâna aceasta?"

Pacientul va fi instruit să-și autoobserve și automonitorizeze stările și comportamentele după modelul scalelor utilizate împreună cu terapeutul în timpul ședinței de psihoterapie. Astfel, în cazul pacientului „J", terapeutul ar putea fi interesat de monitorizarea consumului de alcool, tipul și cantitatea ingerată.

Pentru automonitorizarea comportamentelor și autoevaluarea simptomelor se pot utiliza scale standardizate (PTSD – Symptom Scale: Foa et al.; 1993) sau se pot alcătui scale de evaluare a simptomelor fiecărui pacient în parte.

0	50	100
Neanxios	Moderat anxios	Foarte anxios (în panică)

Astfel de scale pot fi aplicate săptămânal în cazul în care pacientul primește ca sarcină pentru acasă să practice exerciții de relaxare. Acestea reprezintă surse utile de informații atât pentru terapeut, cât și pentru pacient, ele stând la baza formulării unor noi ipoteze terapeutice, precum și a unor intervenții specifice.

Secțiunea 5. Eficacitatea intervențiilor

Întrebarea-cheie este: „Cum au mers temele pentru acasă?"

Aceasta va fi adresată săptămânal și va avea ca obiectiv testarea gradului de complianță a pacientului la intervențiile terapeutice.

În felul acesta se realizează focalizarea demersului asupra strategiei terapeutice aplicate și se creează expectații legate de exersarea noilor deprinderi de autoreglare însușite nu numai în timpul ședinței de psihoterapie, ci și acasă, între ședințe. Se obțin astfel informații referitoare la eficacitatea intervențiilor terapeutice alese de terapeut.

Scanned with OKEN Scanner

Există un număr de pacienți care realizează bine exercițiile în timpul ședinței de terapie (de pildă, relaxarea), dar au dificultăți să lucreze individual.

În astfel de cazuri, terapeutul poate adresa și întrebări directe: „Cum a mers exercițiul de relaxare săptămâna trecută?"

Pacientul va furniza informații utile de care se va ține seama în continuare. Astfel, el ar putea spune: „mi-e teamă să stau cu ochii închiși atunci când sunt singur acasă"; „nu am putut să opresc fluxul amintirilor dureroase atunci când am încercat să mă relaxez"; „nu m-am putut relaxa prea bine pentru că la mine acasă este mult zgomot".

Terapeutul va putea interveni asupra fiecăreia dintre variabilele evidențiate până când se va ajunge la modelul optim de relaxare. Astfel, i se poate cere pacientului să se relaxeze cu ochii deschiși, apoi cu ochii închiși; de asemenea, se va utiliza în cursul ședinței de psihoterapie și relaxarea fără sugestii verbale (pe fond muzical), se vor experimenta diverse poziții în care se realizează relaxarea etc.

Secțiunea 6. „Evenimentele-cheie"

Întrebarea la care se răspunde este următoarea: „Cum a decurs săptămâna pentru tine?"

În cazul tulburării post-traumatice de stres, abordarea terapeutică este complicată de multitudinea simptomelor care interacționează între ele, precum și de relațiile reciproce dintre simptome și evenimentele de viață.

Din acest motiv, planul psihoterapiei poate fi modificat radical în funcție de schimbările care au loc în viața pacientului. Astfel, aceeași intervenție terapeutică, expunerea la stimulii anxiogeni, se dovedește benefică dacă pacientul este abstinent, trăiește într-un mediu familial stabil și are serviciu și ineficientă sau chiar malefică dacă acesta este alcoolic, violent în familie și se află în șomaj.

Așa cum am mai subliniat, pacienții care suferă de tulburare cronică, persistentă, provocată de stresul post-traumatic întâmpină dificultăți de funcționare în diverse sectoare ale vieții și activității lor: lipsa unei locuințe, greutăți financiare, probleme în sfera relațională, conflict cu legea, probleme de sănătate în sfera somatică, acces dificil la serviciile de sănătate publică sau aranjamente riscante, în afara legii, pentru a-și asigura subzistența.

În astfel de cazuri se pot declanșa crize într-una sau în mai multe zone ale existenței o dată cu începerea terapeiei, situație în care se va comuta demersul de la intervenția planificată către stabilizarea zonelor de criză.

Evenimentele negative de viață vor influența nefavorabil psihoterapia, vor prelungi durata acesteia și vor crea o serie de frustrări atât pentru pacient, cât și pentru terapeut.

În cazul în care un eveniment de viață nu afectează major planul de terapie, psihoterapeutul va stabiliza pacientul și apoi va reveni în intervențiile programate.

În încheiere trebuie subliniat faptul că în cazurile de tulburare complexă și persistentă datorată stresului post-traumatic ar fi necesară o abordare interdiscipli-

Scanned with OKEN Scanner

nară a pacientului, în cadrul echipei urmând să fie cooptați psihologul, medicul psihiatru, medici de alte specialități, precum și asistentul social.

Cu toate acestea, este posibil ca abordarea pacienților de către mai mulți specialiști să le sporească gradul de vulnerabilitate, datorită faptului că ei ar trebui să relateze mai multor persoane cele petrecute, fapt ce ar putea accentua teama, depresia, lipsa de speranță, sentimentele de culpabilitate și rușine.

Scanned with OKEN Scanner

V. Terapia cognitiv-comportamentală la pacienţii suicidari

Reinecke (2000) subliniază faptul că iminenţa suicidului reprezintă o situaţie de criză psihologică atât pentru pacient, cât şi pentru terapeut. Acesta din urmă va trebui să acţioneze rapid şi eficient în cazul pacienţilor care au comis o tentativă de suicid sau care intenţionează să o comită.

Autorul consideră că, de cele mai multe ori, crizele suicidare sunt limitate în timp, deşi ideile cu conţinut suicidar pot să se menţină o perioadă mai îndelungată.

Tendinţa puternică şi de nestăvilit a pacientului de a-şi lua viaţa, precum şi sentimentul incapacităţii de a-şi controla impulsurile autodistructive dispar, de regulă, după o perioadă scurtă de timp. Din acest motiv, cu ajutorul strategiilor terapeutice, starea depresivă poate fi ameliorată. Pacientul îşi va însuşi apoi noi modalităţi de a face faţă stresului, strategii menite să prevină apariţia unor viitoare crize.

Privit din perspectiva cognitivistă, suicidul reprezintă o stare de spirit, un rezultat al unui mod distorsionat de a gândi care conduce la depresie, la imposibilitatea de a întrevedea soluţii alternative, precum şi la aprecierea dihotomică a situaţiilor. Studiile clinice au evidenţiat faptul că indivizii suicidari tind să evalueze evenimentele în culori extreme („alb-negru") şi au dificultăţi în perceperea nuanţelor, subtilităţilor şi a relativităţii lucrurilor (Neuringer, 1968; Neuringer şi Lettieri, 1971; Wetzel, 1976).

S-a constatat, de asemenea, că aceşti pacienţi prezintă un număr mai mare de gânduri şi convingeri iraţionale (Prezant şi Neimayer, 1988), se comportă într-o manieră impulsivă (Ellis şi Ratliff, 1986; Patsiokas, Clum şi Luscomb, 1979), au dificultăţi în evaluarea pozitivă a viitorului (MacLeod et al., 1998) şi prezintă deficienţe în ceea ce priveşte dezvoltarea abilităţilor sociale şi de rezolvare de probleme (Bonner şi Rich, 1988; Priesterşi Clum, 1993; Rudd, Rajb şi Dahm, 1994).

Pacienţii suicidari au tendinţa de a se izola de ceilalţi şi relatează frecvent faptul că familiile din care au provenit nu sunt suportive şi coezive (Reinecke, 2000).

Scanned with OKEN Scanner

Sentimentul acut al lipsei de speranță, precum și evenimentele stresante de viață fac să crească riscul apariției unor idei și componente suicidare. O serie de cercetări au demonstrat faptul că lipsa de speranță reprezintă un predictor important al suicidului în cazul populației adulte. Aceasta este definită ca un set de expectații negative referitoare la propria persoană și la viitor și este concomitentă cu depresia (Beck, 1967; 1986; Dyer și Kreitman, 1984; Weishaar și Beck, 1992).

Cercetările au evidențiat faptul că lipsa de speranță reprezintă un predictor al suicidului la pacienți diagnosticați cu tulburare afectivă majoră, schizofrenie și abuz de alcool (Beck, Wizman și Kovacs, 1976; Drake și Cotton, 1986; Fawcett et al., 1987).

Mai mult, s-a constatat că lipsa speranței poate diferenția pacienții suicidari de cei non-suicidari la nivel egal de depresie (Ellis și Ratcliff, 1986).

Există și studii care au condus la sistematizarea factorilor de risc pentru comportament suicidar. Astfel, Buglass și Horton (1974) au identificat șase factori asociați cu riscul unei tentative viitoare de suicid:

1. consum abuziv de alcool;
2. tulburare de personalitate sociopatică;
3. tratament psihiatric spitalizat;
4. tratament psihiatric ambulatoriu;
5. tentative anterioare de suicid pentru care pacientul a fost spitalizat;
6. pacientul locuiește singur.

Tipuri de pacienți suicidari

Freeman și Reinecke (1993) descriu patru categorii de suicid:

1. suicidul pacienților lipsiți de speranță;
2. suicidul psihotic;
3. suicidul rațional;
4. suicidul impulsiv sau histrionic.

1. Suicidul pacienților lipsiți de speranță

Este specific indivizilor care consideră intolerabilă situația lor și nu întrevăd nici o speranță de schimbare. Aceștia sunt pesimiști și apreciază suicidul drept singura soluție rezonabilă pentru problema lor. Adesea, ei sunt motivați de dorința de a se elibera de problemele lor, suicidul apărând ca o modalitate de adaptare. Deși sunt de multe ori ambivalenți în ceea ce privește încheierea vieții, sentimentul permanent de neajutorare îi determină să treacă la fapte.

Acești pacienți trăiesc și alte stări afective negative, cum ar fi furia, culpabilitatea, rușinea, teama, sentimentul de izolare și singurătate, dar lipsa de speranță în ceea ce privește viitorul îi îndeamnă să recurgă la gestul fatal.

Scanned with OKEN Scanner

2. Suicidul psihotic

Este specific pacienților cu idei delirante și halucinații. Deși suicidul determină moartea prematură a unor bolnavi de schizofrenie, studiile nu au confirmat opinia conform căreia pacienții deliranți realizează tentative de suicid sub imperiul unor comenzi de tip halucinator (Nathan și Rousch, 1984). Dimpotrivă, pacienții schizofreni comit tentative de suicid în perioadele de relativă luciditate. Cronicitatea afecțiunii și caracterul implacabil al episoadelor psihotice reprezintă factori de risc pentru comportamentul suicidar pentru că pacienții conștientizează deteriorarea comportamentului lor, devenind tot mai pesimiști.

3. Suicidul rațional

Este specific unor indivizi care se află în stadiul terminal al unei boli cronice sau suferă de o afecțiune invalidantă cu caracter progresiv și pentru care suicidul apare ca singura soluție rațională, motivată de dorința de a se elibera de suferință, durere sau de a evita consecințele stării lor fizice care se deteriorează tot mai mult.

Studiile au evidențiat faptul că doar 2% din pacienții terminali au tentative de suicid și din acest procent majoritatea suferă de depresie, ceea ce ne determină să punem sub semnul întrebării conceptul de suicid rațional.

4. Suicidul histrionic sau impulsiv

Subiecții care comit astfel de tentative au intenția de a-i manipula pe cei din jur. Aceștia sunt motivați de dorința de a atrage atenția asupra lor sau de a se răzbuna pe cineva.

Deși tentativele lor au un caracter impulsiv și demonstrativ, această categorie nu trebuie neglijată pentru că există posibilitatea ca tentativa să reușească, deși pacienții nu au avut această intenție. Subliniem faptul că tipologiile respective pot să interfereze unele cu altele, fenomen ce trebuie luat în considerare în alcătuirea obiectivelor și planului psihoterapeutic.

Beck și Rush et al. (1979) împart, la rândul lor, pacienții suicidari în două categorii în funcție de motivația care stă la baza gestului lor: pacienți motivați de dorința de a scăpa de suferință și pacienți motivați de dorința de a comunica (de a atrage atenția celorlalți asupra faptului că au probleme). Cei din prima categorie sunt mult mai lipsiți de speranță comparativ cu ceilalți.

Evaluarea motivației comportamentului suicidar este deosebit de importantă, deoarece obiectivele terapiei vor fi diferite pentru cele două categorii de subiecți.

În cazul primei grupe, terapia va fi focalizată asupra sentimentelor de pesimism, în timp ce pentru cea de-a doua, obiectivul terapiei îl va reprezenta elaborarea unor deprinderi de comunicare adecvată și reglarea sentimentelor de ostilitate.

Deși riscul suicidar trebuie luat în considerare atunci când se lucrează cu orice pacient depresiv, acestuia trebuie să i se acorde o atenție sporită mai ales în două situații: atunci când pacientul exprimă idei cu conținut suicidar și atunci când există tentative de suicid în antecedente (William și Wells, 1989).

Scanned with OKEN Scanner

Interviul clinic pentru pacienţii cu risc suicidar

Acesta se realizează cu pacientul şi cu membrii familiei acestuia şi trebuie să urmărească obţinerea următoarelor informaţii (Freeman şi Reinecke, 1993; Motlo, 1989; Yufit şi Bongar, 1992):

1. Care sunt motivele care îl determină pe pacient să se gândească la suicid? Doreşte el să se elibereze de probleme, să-i manipuleze pe ceilalţi, să le capteze atenţia sau să se răzbune pe cineva?

2. Prezintă pacientul tulburări de natură psihiatrică?

3. Este acesta depresiv sau/şi lipsit de speranţă? Este anxios, ostil, suspicios sau agitat?

4. Consideră acesta că situaţia este intolerabilă şi necesită o soluţie imediată?

5. Care este intensitatea intenţiei suicidare? Este aceasta riguros planificată sau are un caracter impulsiv? Crede pacientul că va reuşi să-şi pună în aplicare intenţiile? Anticipează acesta că va fi salvat?

6. Ce factori situaţionali sau sociali contribuie la comiterea tentativei de suicid? Reprezintă aceştia probleme pe termen lung sau fără soluţie?

7. Posedă pacientul strategii de a face faţă stresului sau dimpotrivă, adoptă strategii dezadaptative cum ar fi abuzul de alcool sau droguri? A fost acesta capabil să depăşească în trecut situaţiile stresante?

8. De ce resurse sau suporturi sociale dispune pacientul? Există persoane la care poate apela şi în care are încredere? Cum crede el că privesc prietenii sau membri familiei intenţia sa de a-şi lua viaţa? Este pacientul singuratic, izolat de ceilalţi?

9. Care este atitudinea pacientului faţă de moarte şi suicid?

10. Consideră subiectul că are suficiente motive pentru a trăi? (Speranţa pentru viitor reprezintă un motiv foarte serios). Consideră acesta că schimbarea în bine ar fi posibilă şi că el ar fi capabil să contribuie la aceasta?

11. Prezintă pacientul convingeri, atitudini şi expectaţii care să susţină dorinţa lui de a muri?

12. Este pacientul capabil să găsească soluţii alternative? Stilul cognitiv al pacientului este rigid sau flexibil? Ar putea acesta să accepte alternative venite de la terapeut sau are tendinţa de a le respinge de la început?

13. Există perioade când pacientul s-a simţit deprimat sau disperat? Cât de frecvente au fost respectivele perioade, cât de mult au durat?

14. A formulat pacientul un plan concret pentru a se sinucide? Cât de bine pus la punct este planul respectiv? Dispune acesta de mijloacele necesare pentru a-l duce la îndeplinire?

Terapeutul va trebui să acorde o atenţie deosebită nivelului depresiei, lipsei de speranţă, anxietăţii şi ostilităţii.

Eficienţa terapiei cognitive pentru pacienţii suicidari, la fel ca şi în alte situaţii clinice, depinde de stabilirea unei relaţii terapeutice bazate pe încredere şi cola-

Scanned with OKEN Scanner

borare, de conceptualizarea clară a problemelor, precum și de elaborarea adecvată a unor planuri de terapie

Beck, Rush et al. (1989) au stabilit anumite etape ale demersului terapeutic realizat cu acești pacienți. Autorii consideră că, după evaluarea riscului suicidar și după înțelegerea motivației pacientului pentru acest tip de comportament autodestructiv, primul obiectiv al terapeutului este să intre în lumea pacientului și să încerce să o privească cu ochii lui. Empatizarea cu starea de disperare a acestuia, afirmarea faptului că terapeutul îi înțelege motivele și convingerile, că nu există alternativă conferă pacientului sentimentul că este înțeles și acceptat.

Freeman și Reinecke (1993) sunt de părere că terapeutul trebuie să i se adreseze pacientului cu afirmații de tipul următor: „Suicidul reprezintă o opțiune pentru că lucrurile stau rău în cazul tău, iar dispariția poate fi luată în considerare..." Această afirmație trebuie urmată de prezentarea altor variante, precum și a unor pași concreți care ar putea fi parcurși pentru punerea lor în practică.

În afară de stabilirea raportului, o astfel de abordare contribuie la reducerea tendințelor manipulative ale pacienților care obțin beneficii secundare de pe urma amenințării cu sinuciderea.

Deoarece pacienții consideră sinuciderea ca pe unica soluție posibilă, terapeutul va trebui să le trezească speranța și să le arate faptul că, deși suicidul rămâne o opțiune, aceasta nu reprezintă nici singura, și nici cea mai bună alegere.

Obiectivul gestionării crizei psihologice îl reprezintă salvarea vieții pacientului. Acesta poate fi atins prin redarea speranței și întărirea motivației pentru a trăi, prin înlăturarea factorilor stresanți și prin acordarea unui sprijin psihologic.

Confruntat cu un pacient suicidar, terapeutul va adopta un demers activ, orientat spre rezolvarea de probleme, prezentând soluții și fragmentând situațiile care îl copleșesc pe pacient în elemente care pot fi soluționate.

Terapeutul nu va acorda o atenție prea mare, cel puțin la început, istoriei vieții sau analizării relației terapeutice. În cazul în care pacientul adoptă strategii dezadaptative de a face față stresului (alcool, droguri), terapeutul îl va ajuta să-și formeze deprinderi mai sănătoase de a depăși dificultățile existenței.

Trebuie avut în vedere și faptul că pacienții suicidari se simt izolați și consideră că nu există nici o persoană pe care să se poată baza. Din acest motiv, psihoterapeutul trebuie să devină o astfel de persoană. Ședințele de psihoterapie vor fi programate ori de câte ori este necesar, iar pacientul va primi numărul de telefon al terapeutului în caz de urgență.

Terapeutul va adopta o atitudine calmă, activă și suportivă, care să sugereze faptul că situația poate fi depășită și că există soluții la problema pacientului.

În cazul în care acest lucru este posibil, vor fi angajate în managementul crizei rudele sau prietenii pacientului. De asemenea, terapeutul va întreprinde măsuri pentru ca pacientul să nu aibă acces la mijloace care ar putea fi utilizate pentru a-și duce la îndeplinire intențiile (de pildă, să nu aibă acces la armele de foc sau la rețete pe baza cărora să-și procure medicamente).

Scanned with OKEN Scanner

Așa cum am mai subliniat, terapeutul va acorda o atenție deosebită lipsei de speranță, concentrându-se asupra motivelor care îl determină pe pacient să se simtă pesimist și demoralizat. Acest obiectiv trebuie abordat încă din prima ședință și urmărit în cursul celorlalte ședințe de psihoterapie, terapeutul manifestând permanent o atitudine optimistă și plină de încredere.

În cazul în care pacientul afirmă că nu poate rezista impulsului suicidar sau trăiește într-un mediu ostil și conflictogen este necesară spitalizarea acestuia. Odată criza depășită, se va institui un demers terapeutic pe termen lung, în cadrul căruia se vorutiliza strategiile cognitiv-comportamentale pentru depresie și anxietate menite să înarmeze pacientul cu tehnici de a face față situațiilor stresante. În această etapă, terapeutul va lucra pentru a-l ajuta pe pacient să-și însușească modalități mai eficiente de comunicare. Se recomandă psihoterapia de familie, precum și antrenamentul de însușire a unor abilități sociale.

Se va acționa, de asemenea, asupra problemelor legate de consumul de alcool sau droguri (Beck, Wright și Newman, 1992), ca și pentru reducerea comportamentelor impulsive, formarea unei atitudini pozitive față de problemele existenței și dezvoltarea flexibilității cognitive și comportamentale.

Pacientul va fi stimulat să-și descopere capacitatea de a influența evenimentele vieții, iar convingerea sa că suicidul reprezintă unica soluție va fi combătută.

Un obiectiv important al psihoterapiei constă în dezvoltarea sentimentului eficienței personale și a autocontrolului.

Pe măsură ce pacientul devine capabil să ofere soluții alternative la suicid, terapeutul va acționa pentru ruperea legăturii dintre gând și acțiunea impulsivă. De asemenea, vor fi discutate deschis motivele pentru care pacientul merită să trăiască, precum și cele pentru care el crede că trebuie să moară și vor fi elaborate scenarii pozitive pentru viitor.

O atenție deosebită va fi acordată gândurilor negative generate de depresie, precum și schemelor cognitive disfuncționale care guvernează relațiile interpersonale.

Tehnicile cognitive utilizate sunt: monitorizarea, combaterea și înlocuirea gândurilor și convingerilor disfuncționale, metoda imaginației dirijate, alungarea gândurilor autoconvulsive, distragerea, notarea evenimentelor pe scale gradate, metoda asociațiilor dirijate, reatribuirea și discutarea semnificațiilor unor situații.

Intervențiile comportamentale sunt îndreptate în special în direcția formării unor deprinderi de a face față stresului și includ: alcătuirea unor orare și programe, antrenament asertiv, relaxare, sarcini comportamentale gradate, evaluarea activităților după criteriile eficienței și plăcerii, expunerea în plan imaginativ și real, repetările (exersările) comportamentale etc.

Unii autori utilizează și contractele dintre pacient și terapeut prin care pacientul se angajează să nu comită suicidul, deși nu există dovezi științifice în legătură

Scanned with OKEN Scanner

cu eficiența acestora. Reinecke (2000) este de părere că aceste contracte au mai mult rolul de a-l securiza pe terapeut.

Prezentare de caz

Mirela, profesoară de filozofie în vârstă de 37 de ani s-a prezentat la cabinetul de psihoterapie la recomandarea medicului psihiatru, după ce a fost externată de la spitalul nr. 9. Pacienta prezenta în continuare depresie accentuată, anxietate și puternice sentimente de ostilitate. Mirela își pregătea teza de doctorat și avea câteva ore la un liceu.

Pacienta era căsătorită a treia oară și locuia împreună cu soțul și două fetițe de 11 și 13 ani. Deși a pierdut în greutate 15 kg, investigațiile de laborator nu au evidențiat nici o cauză organică. Pacienta fusese diagnosticată cu cancer de sân, dar nodulul a fost extirpat integral, nemaifiind necesară chimioterapia sau radioterapia. Pacienta își făcea numeroase griji deoarece o mătușă de-a ei murise de cancer cu ani în urmă și credea că ar fi posibil să i se întâmple și ei același lucru.

Mirela a afirmat că s-a simțit deprimată de când se știe, dar că în ultimii cinci ani depresia ei s-a accentuat foarte mult. Ea acuza, de asemenea, și anumite simptome somatice fără acoperire fiziologică.

Starea ei s-a înrăutățit după admiterea la doctorat, ea afirmând că se simte vinovată fiindcă este în viață și „distruge tot ce atinge". Terapeutul i-a cerut să se exprime mai precis, și pacienta a declarat: „încurc' viețile celorlalți"; „nu sunt agreabilă"; „îi fac pe cei din jurul meu să se simtă prost"; „nu pot sta singură, dar nu mă simt bine nici cu alții"; „nu resimt bucuria vieții și nici vreo împlinire".

Ea a relatat faptul că așa a fost încă din copilărie, când a luptat cu puternice sentimente de culpabilitate și a simțit mereu nevoia să fie aprobată de ceilalți.

Simptomele pacientei au fost sistematizate astfel:

Afective: disforie, iritabilitate, culpabilitate, anxietate, îngrijorare, teamă, anhedonie, lipsă de speranță, neajutorare.

Cognitive: ruminații în legătură cu erorile trecute, depersonalizare, senzația de irealitate, stimă de sine scăzută, confuzie, idei suicidare, dificultăți de concentrare a atenției și de memorie.

Fiziologice: fatigabilitate, libido scăzut, inapetență, scădere ponderală accentuată, senzație de greață, insomnii, coșmaruri, trezire timpurie, uscăciune a gurii.

Comportamentale: lentoare psihomotorie, agitație, tremorul mâinilor, plâns facil, evitare socială, neliniște, comportament impulsiv față de fiice.

Mirela a relatat că dificultățile ei se accentuau înaintea examenelor de doctorat, ea temându-se că nu se va prezenta cum trebuie.

De asemenea, era anxioasă când trebuia să meargă la medic sau când se afla departe de fiicele sale (îi apăreau gânduri și imagini legate de faptul că acestea au murit într-un accident). Pacienta nu se simțea bine în vacanță, suportând greu perioadele de timp nestructurate.

Scanned with OKEN Scanner

Diagnosticul pus de psihiatru a fost episod depresiv major şi tulburare anxioasă generalizată. Acest diagnostic s-a suprapus pe fondul distimic şi cu trăsături de personalitate de tip „borderline" şi dependentă.

Ţinând seama de acest tablou clinic, medicul a apreciat faptul că există un risc suicidar crescut şi a indicat continuarea tratamentului psihiatric şi psihoterapie.

La interviul clinic, pacienta a relatat că nu doreşte să trăiască şi că are o puternică dorinţă de a muri. Ideile ei suicidare erau frecvente şi persistente. Ea afirma că, deşi este ambivalentă în ceea ce priveşte ideea de suicid, nu-şi putea controla impulsurile.

Mirela nu s-a decis încă să-şi pună în practică ideile pentru că se temea de efectele gestului său asupra familiei, precum şi de suferinţa fizică pe care ar fi trebuit să o suporte în caz de nereuşită. Mai târziu ea a afirmat că este o mamă şi o soţie rea, că nu are vocaţie didactică şi că din aceste motive va fi curând uitată de toată lumea.

Mirela şi-a motivat intenţiile suicidare prin faptul că moartea ar elibera-o de probleme.

Pacienta nu a elaborat un plan concret pentru a-şi duce la îndeplinire intenţiile. Aceasta nu deţinea o cantitate mare de medicamente, tratamentul fiindu-i administrat de soţ, care era foarte înţelegător şi suportiv.

Mirela a promis să nu întreprindă nimic până la şedinţa viitoare de psihoterapie şi din acest motiv terapeutul nu a recomandat reinternarea.

În urma interviului a rezultat faptul că pacienta nu se confrunta cu probleme stresante deosebite, avea o situaţie financiară bună, o familie reuşită, fetele învăţau bine, soţul era afectuos, avea câţiva prieteni, iar rezultatele ei şcolare şi universitare fuseseră excelente (a terminat facultatea cu media 10).

Cu toate acestea, Mirela afirma că se simte singură, caracterizându-şi soţul ca pe un „sfânt" sau „masochist".

Anamneza a evidenţiat următoarele aspecte: Mirela s-a născut când mama ei avea 45 de ani, sora ei fiind cu 18 ani mai mare. Mama ei a realizat câteva tentative de a întrerupe sarcina dar nu a reuşit. „Mama nu putea să mă ierte că m-am născut".

Ori de câte ori făcea vreo greşeală, mama ei o ameninţa că o va părăsi. Deşi Mirela a fost un copil foarte cuminte şi învăţa excepţional, mama o certa mereu, spunându-i că este rea şi proastă. Ea îşi amintea de mama ei ca de o fiinţă supărată şi încordată de care îi era permanent frică.

Aceste experienţe au determinat-o să-şi formeze opinia că oamenii sunt imprevizibili şi că o vor respinge pentru că este lipsită de calităţi, vulnerabilă şi nu merită să fie iubită.

Tatăl pacientei, înalt funcţionar în ministerul de externe, era mereu plecat în străinătate, Mirela percepându-l ca inexistent, la fel ca şi pe sora ei care s-a căsătorit când pacienta avea patru ani. În copilărie, Mirelei i-a fost permanent teamă să rămână singură, stare pe care o trăia şi în prezent.

Scanned with OKEN Scanner

Mirela a intrat prima la Facultatea de filozofie, fără pregătire suplimentară și a avut numai note maxime la examene. În anul trei s-a căsătorit prima oară cu un coleg de care a divorțat după doi ani. Ulterior s-a recăsătorit cu un asistent, dar nici această căsnicie nu a durat prea mult, pacienta afirmând că s-a temut de faptul că o vor părăsi ei întâi deoarece este o „ființă imposibilă".

Prezentăm mai jos tabelul factorilor de risc suicidar (adaptat după Reinecke, 2000, p. 108):

Indicator	Interpretare
Randament în situațiile curente:	Bun Este o bună profesoară, o bună gospodină; țipă frecvent la copii
Stilul de viață:	Stabil, dar refuză activitățile agreabile, prestându-le doar pe cele obligatorii
Suport afectiv:	Soțul este înțelegător; copiii nu pun probleme; câțiva prieteni buni, de°i are tendința de a-i evita
Situații stresante:	Puține; stres moderat la °coală; are tendința de a amâna examenele de doctorat
Resurse de a face față stresului:	Inteligentă, creativă, cu simțul umorului, motivată să-°i depă°ească starea
Istoria psihiatrică:	Tratamentul ambulator timp de doi ani; o spitalizare
Suicid în familie:	Absent
Probleme somatice:	Cancer de sân operat; fatigabilitate, acuze somatoforme
Situații stresante recente:	Admiterea la doctorat
Depresie:	Severă
Anxietate:	Accentuată
Pesimism:	Accentuat
Expectații pozitive pentru viitor:	Absente
Irascibilitate:	Accentuată
Utilizare de alcool sau droguri:	Nu
Impulsivitate:	Redusă
Ideații cu conținut suicidar:	Moderate/Severe
Tentative anterioare de suicid:	Absente
Rezolvarea problemelor de viață:	Se realizează cu mare dificultate
Distorsionări cognitive:	Numeroase °i foarte accentuate; predomină gândirea de tip dihotomic
Centrare asupra propriei persoane:	Foarte accentuată
Stil cognitiv bazat pe rumînări:	Prezent aproape permanent

Scanned with OKEN Scanner

Problemele și simptomele Mirelei au fost conceptualizate în termeni cognitiviști.

Stil adaptativ: evitare, retragere, căutare permanentă de asigurări.

Distorsionări și procese cognitive: gândire de tip dihotomic („totul sau nimic"), personalizare, maximizare-minimalizare, abstragere selectivă, imperative categorice, atenție focalizată asupra propriei persoane, stil cognitiv ruminativ, atitudine dependentă și evitantă.

Gânduri negative automate: „niciodată nu voi fi la fel de bună ca ceilalți"; „celorlalți nu le pasă de mine"; „ceilalți nu vor mai dori să mă vadă"; „distrug tot ce ating"; „sunt o persoană îngrozitoare"; „voi fi pedepsită dacă mă voi simți fericită"; „nimeni nu mă poate ajuta"; „oamenii nu sunt interesați decât de bani"; „nu voi putea face față"; „se va întâmpla ceva rău"; „viața nu merită să fie trăită"; „nu mă pot descurca singură"; „sunt prea bătrână pentru a mai face carieră universitară".

Supoziții și convingeri disfuncționale: „dacă sunt împreună cu familia, mă simt în siguranță"; „nu trebuie să te simți fericit pentru că ți se va întâmpla ceva rău".

Sceme cognitive: „sunt o persoană plină de defecte, care nu merită să fie iubită"; „oamenii sunt nepăsători și te resping"; „lumea este un loc periculos".

Rezolvare de probleme: consideră că nu este capabilă să-și rezolve problemele personale; are capacitatea de a le rezolva în plan rațional, dar anticipează doar eșecuri.

Intervenția psihoterapeutică

Primul obiectiv al terapiei este menținerea pacientei în viață. Din acest motiv, terapeutul a realizat o evaluare atentă a factorilor de risc suicidar, după care a abordat problematica depresiei și lipsei de speranță.

Încă de la prima ședință, Mirela și-a exprimat rezervele în legătură cu eficiența tratamentului. Terapeutul a ajutat-o să adune argumente pro și contra tratamentului, pacienta acceptând în cele din urmă să se angajeze în terapie. Ea a afirmat la un moment dat că, dacă s-ar simți mai bine, ceilalți ar cere mai mult de la ea, subliniind faptul că „se ascunde în spatele depresiei", deoarece se teme că nu va face față referatelor și examenelor din cadrul stagiului de pregătire a tezei de doctorat.

Terapeutul i-a trasat ca sarcină pentru acasă să-și planifice materia și să învețe câte o oră pe zi până la ședința viitoare de psihoterapie.

Din acel moment, pacienta a început să se pregătească și a trecut examenul cu notă maximă.

Mirela considera că este imposibil să-ți modifici în mod voluntar starea afectivă și că s-a simțit dintotdeauna deprimată fără motiv. Ea a avut dificultăți în identificarea gândurilor negative automate și în precizarea momentelor în care s-a simțit bine.

Scanned with OKEN Scanner

Terapeutul a învățat-o o tehnică simplă de relaxare și i-a cerut să evoce anumite amintiri agreabile din copilărie.

La început, acest lucru a fost realizat cu dificultate, dar după câteva exersări pacienta a evocat imagini în care se vedea pe sine jucându-se cu copiii pe stradă și simțindu-se fericită. În felul acesta, pacienta a conștientizat faptul că stările emoționale pot fi influențate voluntar.

Terapeutul a abordat apoi convingerile negative care conduceau la exacerbarea crizei, acest proces parcurgând următoarele etape:

1. Identificarea și descrierea stării afective negative.
2. Identificarea gândurilor sau sentimentelor care le declanșează.
3. Identificarea gândurilor negative automate care contribuie la menținerea stării respective („Ce anume îți vine în minte atunci când te simți astfel?")
4. Conștientizarea importanței acestor convingeri în generarea stării afective negative.
5. Strângerea de dovezi care să infirme convingerile respective.
6. Identificarea celor mai evidente dovezi împotriva convingerilor negative.
7. Elaborarea unui mod alternativ, adaptativ de a interpreta situația respectivă.
8. Observarea modului în care se va modifica dispoziția în cazul în care va fi acceptat punctul de vedere alternativ.
9. Elaborarea unui plan de utilizare a informațiilor acumulate pentru a face față situațiilor de viață.

Terapeutul a ajutat-o pe pacientă să decatastrofizeze situația. Astfel, atunci când ea a spus că nu-și poate tolera depresia, terapeutul a întrebat-o cum a reușit totuși să o tolereze de-a lungul întregii vieți. Pacienta a zâmbit și a spus că este evident că și-a tolerat depresia, dar că acest lucru nu-i face plăcere.

În continuare au fost abordate convingerile disfuncționale „nimănui nu-i pasă de mine"; „nu pot face față problemelor vieții.

Terapeutul i-a cerut să strângă dovezi care să le infirme și apoi să le înlocuiască cu convingeri mai raționale. Demersul terapeutic s-a focalizat apoi asupra supozițiilor disfuncționale și schemei cognitive legate de eșec:

„Nu-mi voi termina teza de doctorat".
„Nu voi merge mai departe".
„Nu sfârșesc nimic din ce am început".
„Mama mi-a spus că las întotdeauna lucrurile neterminate".
„Nu sunt capabilă să-i ajut pe ceilalți".
„Sunt o persoană imposibilă".
„Nu voi fi în stare să-mi port singură de grijă".
„Trebuie să mă sprijin pe alții".
„Voi fi o povară pentru ceilalți".

Scanned with OKEN Scanner

Se desprind de aici supoziţii disfuncţionale legate de tema incapacităţii şi abandonului: „sunt incapabilă"; „ceilalţi mă vor părăsi".

A fost utilizată din nou tehnica imaginaţiei dirijate şi pacienta a relatat că a vizualizat-o pe mama ei spunându-i că însăşi prezenţa ei la psihoterapie demonstrează că este o persoană ratată.

Mirela a devenit agitată şi a afirmat că şi terapeutul o va refuza pentru că nu progresează suficient de repede.

Terapeutul a utilizat relaţia psihoterapeutică pentru a o ajuta să alunge temerile respective.

Intervenţia asupra supoziţiilor disfuncţionale şi a schemelor cognitive de bază a putut fi realizată abia după ce momentul de criză a fost depăşit. S-a lucrat, de asemenea, asupra relaţiei pacientei cu soţul şi copiii, pacienta convingându-se treptat că fetele au nevoie de mai multă independenţă.

Soţul a fost invitat la două şedinţe de psihoterapie în care cei doi şi-au expus problemele sub îndrumarea terapeutului.

Pe întreaga durată a terapiei, pacienta a practicat în timpul şedinţelor şi individual acasă o tehnică de relaxare cu imaginaţie dirijată. I s-a cerut, de asemenea, să-şi monitorizeze activităţile după criteriul eficienţei şi plăcerii şi să urmeze un program strict de studiu.

După cea de-a 14-a şedinţă de psihoterapie pacienta a afirmat că se simte mai bine, randamentul ei profesional s-a ameliorat şi a solicitat medicului psihiatru reducerea dozelor de medicamente.

Demersul terapeutic viitor a avut ca obiectiv anxietatea de separare şi atacarea convingerilor disfuncţionale de bază care au determinat-o pe pacientă să fie depresivă şi pesimistă în legătură cu viitorul.

Scanned with OKEN Scanner

VI. Consiliere şi psihoterapie cognitiv-comportamentală în cazul crizelor produse de abuzul de substanţe psihoactive

Ramsay şi Newman (2000) consideră că tratamentul subiecţilor care abuzează de substanţe este dificil, deoarece consumul prelungit al acestora conduce la dereglări ale sistemului nervos central, consecinţele făcându-se simţite atât la nivelul procesării informaţiei, cât şi în planul echilibrului emoţional.

Netratate, aceste efecte conduc la creşterea abuzivă şi compulsivă a consumului care afectează toate sectoarele vieţii psihice şi devine unica strategie de a face faţă tulburărilor emoţionale şi situaţiilor stresante specifice vieţii cotidiene (Follette, 1998; Koab şi Le Moal, 1997).

Sunt subminate astfel toate resursele adaptative ale persoanei: forţa ego-ului, voinţa, suporturile sociale, locul de muncă, starea sănătăţii şi capacitatea de rezolvare de probleme. Rezistenţa emoţională a consumatorului scade foarte mult, reacţiile sale afective căpătând un caracter imprevizibil din cauza tulburărilor de natură neurologică (Nessi şi Brudge, 1997).

Pacientul se identifică tot mai mult cu rolul social de consumator de substanţe psihoactive, structura sa psihică devenind tot mai rezistentă la schimbare (Klion şi Ofenninger, 1997).

Din acest motiv, consumatorii de alcool şi droguri reprezintă unul dintre cele mai expuse grupuri de risc la situaţiile de criză psihologică. Deşi aceşti subiecţi resimt o serie de efecte negative în urma abuzului de substanţe, ei sunt ambivalenţi faţă de psihoterapie şi, de regulă, nu doresc în mod real să-şi modifice comportamentul. Această ambivalenţă se manifestă şi în cazul pacienţilor care au fost internaţi forţat pentru dezintoxicare, în urma unei hotărâri judecătoreşti.

O categorie aparte o formează acei pacienţi care se prezintă la terapie la dorinţa altei persoane (membrii familiei) sau pentru alte probleme psihopatologice.

Aceştia au tendinţa de a nega sau minimaliza problema abuzului, fapt ce creează dificultăţi suplimentare pentru psihoterapeut, care nu trebuie să se lase prins

Scanned with OKEN Scanner

în capcana întinsă de pacient. Deşi aceşti pacienţi nu s-au confruntat cu probleme medico-legale, ei pot declanşa crize psihologice în timpul tratamentului, cu efecte negative asupra desfăşurării acestuia.

Prochaska, Di Clemente şi Norcross (1992) propun un model de psihoterapie rezultat în urma unor cercetări empirice, care s-a dovedit eficient în tratamentul toxicomanilor şi alcoolicilor şi care cuprinde următoarele etape:

1. Ignorarea schimbării

În această etapă, subiectul nu manifestă nici o intenţie de a se schimba şi ignoră consecinţele negative ale comportamentului său. În cazul în care ajunge la tratamentul psihoterapeutic acest lucru se întâmplă în urma unei presiuni din afară.

2. Acceptarea schimbării

Pacientul devine conştient de problemele care au apărut ca urmare a abuzului de substanţe şi începe să se gândească la o posibilitate de schimbare, dar nu întreprinde încă nimic concret în această direcţie. Acesta evaluează în mod pasiv argumentele pro şi contra consumului de alcool sau droguri.

3. Etapa de pregătire

Subiectul începe să întreprindă unele acţiuni pentru a întrerupe consumul (reduce dozele, nu consumă nimic într-o anumită perioadă etc.). În această etapă, pacientul afirmă că doreşte să devină abstinent în viitor, pregătindu-şi un plan de acţiune în acest sens.

4. Etapa acţiunii propriu-zise

Pacientul face eforturi serioase pentru a-şi modifica deprinderile adictive, rezultatele fiind evidente. În această etapă, el se simte mândru şi încrezător în forţele sale, deşi este încă foarte vulnerabil la recăderi.

5. Etapa de stabilizare

Autorii consideră că putem vorbi de această etapă atunci când subiectul a menţinut abstinenţa cel puţin şase luni şi şi-a modificat stilul dezadaptativ de existenţă.

Aceste etape nu reprezintă fazele unui proces liniar, căci practica a demonstrat faptul că se produc progrese şi recăderi, pacienţii evoluând într-o manieră ciclică.

Primele două etape se caracterizează printr-o puternică tendinţă de negare şi raţionalizare a problemei, pacienţii afirmând că nu beau sau nu consumă droguri sau minimalizând consumul şi efectele acestuia. Ei şi-au format convingeri eronate referitoare la abuzul de substanţă, ca de pildă: „un bărbat adevărat este capabil să-şi controleze băutura"; „cocaina nu este atât de nocivă atunci când o prizezi" etc.

Scanned with OKEN Scanner

În cazul în care convingerile respective sunt puternic înrădăcinate, acestea constituie punctul central al schemei cognitive de bază, negarea reprezentând o modalitate de a o menține. La aceasta se adaugă și dependența de tip biochimic, care contribuie, la rândul său, la îngreunarea tratamentului.

Formele fenomenului de negare la pacienții care abuzează de alcool sau droguri (Ramsay și Newman, 2000, p. 129):

1. Ignorarea și minimalizarea

Unii pacienți nu menționează nimic în legătură cu consumul lor de substanță până când terapeutul nu-i chestionează în mod expres. Chiar și cei care recunosc acest lucru au tendința de a minimaliza problema („beau doar două-trei pahare pe săptămână").

Terapeutul va trebui să adreseze întrebări foarte precise referitoare la cantitatea, tipul de băutură și împrejurările în care aceasta este consumată. Cu cât interviul clinic este realizat mai atent, cu atât terapeutul își va da seama de dimensiunile reale ale problemei.

2. Raționalizarea-justificarea

În cazul în care pacientul prezintă consecințele evidente ale consumului de alcool sau droguri, el va căuta să aducă argumente pentru a-și justifica acest tip de comportament: „eu nu consum decât vin"; „țigările cu cocaină reprezintă singura mea bucurie" etc.

Beck, Wright, Newman și Liese (1993) consideră că aceste afirmații reprezintă o modalitate de legitimare a consumului (subiectul cere permisiunea să consume droguri sau alcool).

Rezistențele la psihoterapie

Este cunoscut faptul că rezistențele reprezintă comportamente care vin în contradicție cu obiectivele psihoterapiei și au menirea de a contribui la conservarea vechilor structuri psihice dezadaptative.

În cazul subiecților toxicomani, acestea se manifestă prin neparticipare sau participare limitată la psihoterapie. Pacienții pot răspunde monosilabic și superficial, nu-și îndeplinesc sarcinile pentru acasă și nu-și modifică stilul de viață. Uneori, ei evită să discute problema reală, orientând conversația într-o altă direcție; „problema mea reală este relația cu prietenul meu".

Rezistențele se pot manifesta și prin tentativele de a-l face pe psihoterapeut un aliat sau, dimpotrivă, prin abordarea lui cu ostilitate. Terapeutul care lucrează cu astfel de subiecți se află într-o situație conflictuală: în cazul în care îl abordează pe pacient mai autoritar, acesta se va retrage și va abandona terapia, iar în cazul în care caută să formeze o relație terapeutică caldă și apropiată, riscă să valideze comportamentul patologic al acestuia.

Scanned with OKEN Scanner

Ramsay şi Newman (2000) sunt de părere că prima sarcină a terapeutului constă în crearea unui cadru constructiv de colaborare şi în elaborarea unui plan de acţiune. Acesta nu trebuie să ignore datele clinice, dar nici să-l blameze pe pacient, tratându-l cu respect şi înţelegere, fără a ezita însă să abordeze subiecte neconvenabile. Cu alte cuvinte, atitudinea terapeutului trebuie să realizeze un echilibru între acceptare şi acţiunile în direcţia schimbării.

Deşi pacienţii care au probleme cu abuzul de substanţe psihoactive nu sunt la început dispuşi să discute această problemă cu psihoterapeutul, ei vor accepta să abordeze alte aspecte care îi deranjează. Astfel, s-a constatat faptul că, de regulă, consumatorii de droguri depresivi sunt mai receptivi la tratament comparativ cu cei care suferă de tulburare de personalitate antisocială (Woody et al., 1983; Woody, McLellan şi O'Brien, 1990).

Concentrându-se asupra problemelor pacienţilor, terapeutul le va demonstra astfel faptul că îi pasă de situaţia lor în calitate de persoane şi nu neapărat ca toxicomani. Acest tip de abordare contribuie la realizarea unei bune alianţe terapeutice, pacientul devenind tot mai dispus să facă dezvăluiri cu privire la problemele sale legate de alcool sau droguri.

Tehnicile terapeutice de abordare a pacienţilor toxicomani (Ramsay şi Newman, 2000)

1. Tehnica întrebărilor deschise

În cazul în care terapeutul sesizează faptul că pacientul nu este sincer în relatările sale cu privire la abuzul de substanţe şi în cursul dialogului terapeutic apar momente jenante, acesta va aplica tehnica întrebărilor deschise (în loc să-şi exprime îndoiala în legătură cu afirmaţiile pacientului). Astfel, dacă pacientul afirmă vag că se simte bine, terapeutul îi va solicita detalii în legătură cu modul în care face faţă unor situaţii concrete. Dacă acesta continuă să dea răspunsuri vagi şi evazive sau pare stingherit, terapeutul îi va adresa o întrebare de tipul: „Am observat că nu eşti prea încântat de faptul că îţi adresez atâtea întrebări. La ce anume crezi că doresc să mă refer şi ce te determină să fii atât de reticent?"

2. Utilizarea afirmaţiilor clientului pentru a face observaţii clinice

Pacientul care ascunde adevărul se va contrazice în mod inevitabil. Terapeutul va trebui să sesizeze aceste contradicţii şi să le prezinte subiectului într-o asemenea încât acesta să recunoască faptul că a minţit. Astfel, Newman (1997) relata cazul unei paciente care nega faptul că ar utiliza cocaina, dar afirma că adesea pierde noţiunea timpului, ceea ce i se întâmplă şi în prezent.

Terapeutul a replicat: „mi-ai spus mai demult că unul dintre efectele secundare ale dependenţei tale este tocmai pierderea noţiunii timpului. Şi acum ai pierdut noţiunea trupului şi nici nu ţi-ai dat seama...". În felul acesta, terapeutul îi dă de

Scanned with OKEN Scanner

înțeles pacientului că este conștient că acesta utilizează alcool sau droguri, fără însă a-l blama.

3. Analizarea argumentelor pro și contra schimbării

Una dintre dificultățile cele mai mari pe care le întâmpină psihoterapeutul care tratează pacienți alcoolici sau toxicomani, aflați mai ales în fazele timpurii ale acceptării terapiei, constă în aceea că terapeutul și pacientul nu sunt „pe aceeași lungime de undă". Astfel, terapeutul susține că cea mai bună alegere pentru pacient ar fi abandonarea consumului, în timp ce pacientul nu consideră necesară nici o schimbare.

În astfel de situații, terapeutul va trebui să analizeze avantajele și dezavantajele modificării sau menținerii situației.

Această tehnică prezintă o serie de avantaje:

– se vehiculează o serie de informații fără ca pacientul să aibă impresia că este interogat;

– pacientul va aprecia faptul că terapeutul încearcă să înțeleagă gândurile și stările sale afective legate de situații care nu întrunesc aprobarea socială, ceea ce accentuează empatia în cadrul relației terapeutice;

– metoda accentuează ambivalența subiectului în direcția schimbării, determinându-l treptat să se aplece mai mult asupra argumentelor în favoarea terapiei.

O astfel de metodă are un caracter motivator, fiind în același timp mai puțin punitivă și stigmatizantă.

4. Confruntarea directă

Beck et al. (1993) sunt de părere că în anumite situații psihoterapeutul trebuie să abordeze direct pacientul. Acest lucru este necesar deoarece unii pacienți persistă atât de mult în negarea consumului de substanțe psihoactive, încât pot sabota întregul demers terapeutic.

În astfel de cazuri, autorii menționați recomandă o abordare de tipul următor: „Domnule X, manifest tot respectul pentru cele ce mi-ați spus. Aveți un mare talent de a descrie ceea ce simțiți. Cu toate acestea, mă simt oarecum nedumerit de discuția de astăzi pentru că am senzația că ceva nu se potrivește. Acest gen de abordare nu vă caracterizează. Sper că veți fi sincer cu mine pentru a putea să vă ajut mai bine."

Situațiile de criză cu care se pot confrunta consumatorii de alcool sau droguri (Newman și Wright, 1994)

1. Consumarea unor supradoze și suicidul

Ingerarea unei supradoze de droguri (posibil în combinație cu alcool și medicamente prescrise), în mod accidental sau voluntar, poate pune viața pacientului în pericol.

Scanned with OKEN Scanner

De cele mai multe ori, terapeutul unui astfel de pacient este informat de cele petrecute abia după ce răul a fost comis. Doar în rare ocazii pacientul îi va mărturisi terapeutului că a luat o supradoză.

În cazul în care ingestia supradozei nu a fost intenționată, pacientul se va afla în stare de agitație și confuzie.

Terapeutul se va interesa de adresa și numărul de telefon al pacientului, de tipul și cantitatea de substanțe ingerate și de perioada care a trecut de la ingerarea acestora, după care va anunța salvarea.

Dacă pacientul telefonează terapeutului ca să-l informeze că a luat o supradoză pentru a se sinucide, acesta din urmă își va păstra calmul, continuând să converseze empatic cu pacientul pentru a nu pierde legătura telefonică. Acest lucru este deosebit de important atunci când pacientul nu intenționează să-și dezvăluie adresa, situație în care este indicată contactarea organelor de poliție pentru localizarea telefonului (Newman și Wright, 2000).

În cazul în care pacientul nu a ingerat încă supradoza, dar intenționează să o facă, terapeutul va adopta un demers mai ferm și mai directiv. Acesta va aborda frontal problema lipsei de speranță și treptat îl va determina pe pacient să reia demersul terapeutic cât de curând posibil (preferabil chiar în aceeași zi).

Situația este delicată și atunci când pacientul nu a ingerat supradoza de droguri, dar are idei cu conținut suicidar, cunoscut fiind faptul că alcoolul și drogurile exacerbează intențiile suicidare (Marzuk et al., 1992). Dacă un astfel de pacient apelează telefonic terapeutul, dar nu este capabil să înțeleagă ceea ce i se spune, terapeutul are dreptul să încalce regula confidențialității și să întreprindă măsuri pentru apărarea vieții pacientului (să anunțe familia, salvarea etc.).

2. Pierderea locuinței și dispariția de la domiciliu

Psihoterapeuții care lucrează cu pacienți toxicomani se confruntă de multe ori cu situația în care aceștia sunt dați afară din casă de către membrii familiei sau proprietarii exasperați de comportamentul lor.

În cazul în care pacienții respectivi (mai ales adolescenți sau tineri) nu găsesc o soluție, ei pot rămâne pe străzi sau dacă au o șansă, sunt internați la clinica de dezintoxicare.

Deși internarea reprezintă o soluție pe termen scurt la o problemă de lungă durată, este preferabil ca pacientul să fie internat decât să vagabondeze. Mai mult, spitalizarea poate facilita reconcilierea cu familia și poate contribui la includerea acestuia într-un program de psihoterapie care se va desfășura ambulator după externare.

Există mulți toxicomani care dispar de acasă și își petrec timpul împreună cu alți drogați, situație în care își pot pierde serviciul, familia, pot cheltui sume mari de bani sau se pot îmbolnăvi. După revenirea din criză, ei se confruntă cu consecințele faptelor care, adesea, pot avea și implicații medico-legale.

Scanned with OKEN Scanner

Terapeutul va trebui să facă eforturi pentru a-i contacta, iar în cazul în care aceștia revin, va relua tratamentul pentru a reduce probabilitatea de apariție a unor episoade de consum compulsiv de droguri.

3. Pierderea locului de muncă

Pacientul care își pierde serviciul ca rezultat direct al consumului de alcool sau droguri ori din alte motive va fi înclinat să dezvolte reacții depresive caracterizate mai ales prin manifestarea lipsei de speranță. Acesta își va pierde autostima și va considera că oricum nu mai are nimic de pierdut, așa că poate continua să se autodistrugă.

În astfel de situații, terapeutul va trebui să facă eforturi pentru a-l sprijini pe pacient să-și găsească o nouă sursă de venit, aceste demersuri căpătând un caracter prioritar.

4. Pierderea unei relații apropiate

Conflictele, separarea și ruperea relațiilor apropiate reprezintă elemente de criză foarte importante pentru pacienții care abuzează de substanțe psihoactive. Mulți dintre acești pacienți devin disforici, iritabili și lipsiți de speranță atunci când au fost alungați de părinți sau părăsiți de partenerii de viață. Ei vor avea tendința să-și caute consolarea în continuare în abuzul de alcool sau droguri, exacerbând comportamentul autodestructiv din disperare sau din dorința de a-i culpabiliza și manipula pe ceilalți.

O formă specifică a crizei interpersonale provocată de abuzul de substanțe o reprezintă violența domestică. Pacienții și mai ales pacientele care au parteneri consumatori de alcool sau droguri pot deveni ușor victime ale violenței domestice, unii dintre ei ajungând, la rândul lor, consumatori.

5. Afecțiunile medicale

Persoanele care abuzează de alcool sau droguri prezintă un risc crescut de boli somatice grave: ciroză, boli cardiovasculare, diabet, naștere prematură, ulcer și chiar SIDA. Ramsay și Newman (2000, p. 138) prezintă cazul pacientului toxicoman Roland care a aflat că este infectat cu virusul HIV. Acesta i-a telefonat terapeutului într-o stare de puternică agitație psihomotorie, lamentându-se că va muri.

Terapeutul l-a ascultat cu înțelegere, simpatie și cu răbdare timp de o jumătate de oră.

Prima grijă a terapeutului a fost să se asigure că nu există pericolul consumării unei supradoze de drog sau de suicid. După ce pacientul s-a calmat, acesta a fost programat la consultație a doua zi.

Terapeutul a acționat mai ales în direcția menținerii speranței pacientului că, deși este seropozitiv, poate rămâne asimptomatic mai mulți ani. Cei doi au căzut de acord că pentru a maximiza șansele pacientului de a trăi, acesta va trebui să adopte

Scanned with OKEN Scanner

un stil sănătos de viaţă, fără droguri, stil care să-i permită să supravieţuiască până când se va descoperi un tratament adecvat pentru această afecţiune.

Terapeutul i-a atras atenţia pacientului asupra responsabilităţii pe care o poartă în iniţierea unor relaţii sexuale, menţinând în acelaşi timp o atitudine apropiată, astfel încât pacientul să nu se simtă respins.

În cazul în care terapeutul se confruntă cu probleme medicale serioase, acesta trebuie să-l convingă pe pacient să se adreseze serviciilor medicale specializate.

Unii pacienţi toxicomani sau alcoolici vor manifesta tendinţa de a se opune tratamentului medical fie din cauza lipsei de speranţă şi a tendinţei latente spre suicid, fie deoarece şi-au pierdut sentimentul controlului asupra corpului propriu, fie de teamă că analizele de laborator vor evidenţia consumul de droguri. În astfel de cazuri, terapeutul va trebui să-l ajute pe pacient chiar împotriva voinţei sale (apelând la rude, prieteni, salvare etc.), sperând să refacă ulterior alianţa psihoterapeutică.

6. Aspecte medico-legale

Pacienţii alcoolici, dar mai ales toxicomani riscă să intre în conflict cu legea. Aceştia nu numai că utilizează, dar pot şi să distribuie ilegal droguri, pot comite furturi, tâlhării şi chiar omucideri, în vederea obţinerii banilor necesari pentru a-şi procura drogul.

Terapeutul care află faptul că pacientul său este angajat în activităţi ilegale trebuie să se asigure dacă nu cumva alte persoane sunt în pericol. Într-o asemenea eventualitate terapeutul are obligaţia să informeze organele de poliţie şi să avertizeze victima potenţială (Ramsay şi Newman, 2000, p. 139). Acest lucru se realizează mai simplu dacă pacientul doreşte să colaboreze cu terapeutul pentru a stopa comportamentul antisocial şi este de acord să fie spitalizat.

Dacă nu este implicată o altă persoană, terapeutul va respecta regula confidenţialităţii şi va căuta să-l ajute pe pacient să găsească o alternativă pentru comportamentul său delictual. Acesta va acţiona asupra unor convingeri disfuncţionale de tipul: „nu este nimic de făcut în situaţia aceasta"; „nu am altă cale decât activităţile ilegale"; „de fapt, nu fac nimic rău distribuind droguri"; „totul e în regulă pentru că sunt grijuliu şi nu mă voi lăsa prins" etc.

Fără a blama pacientul, terapeutul îl va ajuta să identifice argumentele pro şi contra activităţilor ilegale.

Factorii comuni crizelor psihologice datorate abuzului de substanţe (Ramsay şi Newman, 2000, p. 139)

Deşi fiecare pacient în parte trebuie tratat în mod individual, autorii evidenţiază nişte factori comuni de care trebuie să ţină seama terapeutul care lucrează cu alcoolici şi toxicomani aflaţi în stare de criză.

Scanned with OKEN Scanner

1. Caracterul imediat (de urgență)

Deși factorii precipitatori ai situației de criză au acționat un timp mai îndelungat și au fost luați în considerare de către terapeut, pacientul toxicoman are nevoie de un ajutor imediat, rapid și eficient.

În astfel de situații, terapeutul nu trebuie să se ferească să renunțe la caracterul structurat al psihoterapiei, pentru că structurarea îl ajută pe pacient să rămână focalizat asupra aspectelor de importanță mai mică.

Prin intermediul identificării problemelor și prin stabilirea priorităților, terapeutul va lucra împreună cu pacientul pentru rezolvarea lor și îl va sprijini pe acesta din urmă să renunțe la suprageneralizare și la gândirea de tip catastrofic („am eșuat din nou; toate îmi merg prost"; „viața mea este terminată" etc.), ajungând la un mod mai rațional de a vedea lucrurile („analizele mi-au ieșit pozitive pentru că m-am drogat din nou, așa că nu voi fi angajat la acest serviciu, dar voi continua psihoterapia pentru ca analizele mele să iasă bine și să mă pot angaja în altă parte").

2. Deficitul de abilități de a face față situațiilor și de a rezolva probleme

Deficiențele pacienților în ceea ce privește repertoriul de abilități de rezolvare de probleme se accentuează considerabil în situație de criză. Cu toate acestea, terapeutul nu trebuie să abandoneze total demersul de formare și exersare a unor deprinderi de a face față cerințelor vieții.

Marian, student la regie, a făcut progrese serioase în direcția abandonării consumului de heroină. El a reușit să-și dea examenele din sesiunea de vară, dar a venit agitat la psihoterapeut afirmând că intenționează să vândă droguri, deoarece nu-i ajung banii să locuiască împreună cu prietena sa.

Terapeutul l-a sprijinit să renunțe la soluția cea mai ușoară și să-și găsească o colaborare în cadrul unui proiect de cercetare.

3. Pesimismul și lipsa de speranță

Chiar și atunci când pacientul care abuzează de substanțe psihoactive realizează progrese pe drumul abandonării comportamentului autodestructiv, atitudinile disfuncționale și lipsa de speranță se mențin încă în stare latentă și pot fi activate sub imperiul unei crize. În astfel de situații, pacienții manifestă tendința de a minimaliza sau de a ignora succesele terapeutice, concentrându-se în mod prioritar asupra eșecurilor și dificultăților. Această abordare le accentuează starea de pesimism, precum și modul de gândire de tip dihotomic („totul sau nimic"). Confruntat cu o astfel de situație, terapeutul va sublinia însemnătatea progreselor și punctelor tari ale pacientului, îi va stimula stima de sine și îl va orienta spre o direcție mai constructivă. Pacientul va trebui să conștientizeze faptul că recăderile nu reprezintă eșecuri totale, ci elemente firești ale unui proces complex aflat în evoluție.

Scanned with OKEN Scanner

4. Activarea emoțională

Pacienții consumatori de substanțe psihoactive reacționează de cele mai multe ori printr-o activare emoțională extremă. Aceștia devin violenți și agitați mai ales când se tem că terapeutul va face apel la autorități pentru a-i spitaliza sau pentru a pune capăt unui comportament antisocial.

Dereglarea controlului emoțional îi face să recadă foarte ușor, abandonând tratamentul sau făcând o tentativă de suicid. În astfel de cazuri, doar gestionarea crizei fără înrăutățirea situației reprezintă un succes terapeutic.

Din punct de vedere clinic, lipsa de modulare emoțională a pacientului aflat în criză reprezintă un indicator al modelului de comportament de tip adictiv, model negat de cele mai multe ori de pacient.

Prochaska et al. (1992) subliniază faptul că elementele-cheie ale intervenției primare pentru starea de criză a acestor pacienți sunt conștientizarea situației, descărcarea emoțională și reevaluarea contextului situațional în care se află aceștia.

Stabilirea priorităților va reprezenta punctul de plecare al procesului de rezolvare de probleme, contribuind la decatastrofalizarea situației, la stabilirea unor sarcini posibil de îndeplinit, precum și la trezirea încrederii pacientului în propria capacitate de a se schimba. Terapeutul va identifica și deficiențele în sfera deprinderilor de viață, dezvoltarea acestora devenind un obiectiv prioritar al demersului terapeutic.

Prezentare de caz (Ramsay și Newman, 2000)

Kevin, un bărbat de 26 de ani, s-a prezentat la psihoterapie după ce a fost promovat profesional și s-a mutat împreună cu soția în alt oraș. Pacientul a afirmat faptul că noul loc de muncă i se părea foarte stresant. Conform Manualului Diagnostic și Statistic al Asociației Psihiatrilor Americani D.S.M. IV (A.P.A., 1994), pacientul a fost diagnosticat cu dispoziție depresivă și fobie socială.

În cadrul interviului clinic, pacientul a negat consumul de alcool sau droguri, relatând doar faptul că obișnuia uneori să se relaxeze bând câte un pahar seara.

Pacientul a urmat psihoterapie timp de 3 luni, fiind la început mai rezervat, dar căpătând treptat încredere în terapeut.

Aflat la cea de-a 13-a ședință de psihoterapie, Kevin a venit bulversat și a afirmat că ar vrea să se sinucidă. Prezentăm mai jos un fragment din cadrul dialogului terapeutic (după Ramsay și Newman, 2000, p. 142-146).

Terapeutul: După modul în care te prezinți, se pare că ai avut o săptămână grea. Nu ai dori să-mi spui despre ce este vorba?

Pacientul: Totul s-a terminat. Nu știu de ce am mai venit aici. Sunt un prost. Am stricat totul și nimeni nu mă mai poate ajuta.

T: Kevin, desigur, ceea ce ți s-a întâmplat este foarte serios. Îmi imaginez cât de greu ți-a fost să vii aici, dar mă bucur că ai venit totuși. Să vedem despre ce este vorba și să încercăm să rezolvăm împreună problema. În cazul în care consideri necesar, putem stabili o întâlnire suplimentară în cursul săptămânii acesteia.

Scanned with OKEN Scanner

Intervenția terapeutică a avut drept obiectiv să reducă lipsa de speranță și caracterul de urgență al situației, menținând în același timp focalizarea terapeutică asupra problemei. Mesajul implicit este: „indiferent ce îmi vei spune, vom colabora pentru a găsi o soluție".

Kevin a relatat faptul că a fost arestat pentru că a condus autoturismul în stare de ebrietate și a lovit o altă mașină aflată într-o parcare din apropierea locuinței sale. Pacientul a povestit, apoi că șeful i-a cerut să prezinte un raport de activitate luna viitoare. La aceasta s-a adăugat surprinderea unei discuții între doi colegi care au comentat negativ decizia șefului de a-l promova în biroul lor.

Kevin a menționat faptul că aceste două evenimente i-au zdruncinat încrederea în sine, activându-i convingerile de bază legate de inadecvarea personală. El a consumat trei pahare de cocteil timp de 30 de minute și a cumpărat cinci cutii de bere pe care intenționa să le bea pe drum.

Aflat în acest moment al relatării, Kevin a recunoscut faptul că în ultimul an obișnuia să consume frecvent alcool.

T: Îmi pare rău că a trebuit să treci prin toate acestea. Oricui i-ar fi fost greu să suporte o astfel de situație. Cum te simți după ce mi-ai spus despre ce este vorba?

P: Nu-mi vine să cred că mi s-a întâmplat așa ceva. Parcă trăiesc un coșmar... Nu știu cum am să ies din asta.

T: Kevin, din acest motiv te afli într-un cabinet de psihoterapie. Desigur, nu aș fi vrut să ți se întâmple toate acestea, dar mă bucur că mi-ai spus despre ce este vorba. Vom lucra împreună pentru a găsi o soluție. Înainte de a începe, te-aș ruga să comentăm puțin afirmația ta: „aș vrea să mă sinucid".

P: Aș fi dorit ca toate acestea să nu se fi petrecut. Tina (soția) a fost foarte supărată. Nu-mi vine să cred că este adevărat ceea ce mi s-a întâmplat.

T: Nu contest gravitatea situației, dar ce ai câștiga dacă te-ai sinucide?

P: Nu m-aș mai simți așa cum mă simt. Nu ar mai trebui să dau ochii cu soția și colegii de serviciu. Niciodată nu m-am aflat într-o situație atât de penibilă.

Deși pacientul nu a avut tentative de suicid în antecedente, terapeutul a luat în considerare afirmația sa. Acesta a dedus că Kevin cocheta cu ideea de suicid pentru a scăpa de problemă și mai ales de sentimentele de jenă. În acest moment al terapiei, pacientul a fost încurajat să-și reconsidere succesele obținute în urma terapiei și să depășească tendința de a face presupuneri legate de modul în care îl vor evalua ceilalți, precum și tendința de a catastrofiza evenimentele. De asemenea, terapeutul i-a atras atenția că există și alte soluții la o astfel de problemă în afară de sinucidere. Pacientul a recunoscut că nu are intenții serioase în această privință și a acceptat să elaboreze împreună cu terapeutul un plan de acțiune pentru rezolvarea situației (să consulte un avocat, să facă rost de bani pentru a repara mașina stricată etc.).

În acest moment al terapiei, a fost abordată problema alcoolului.

Scanned with OKEN Scanner

T: Kevin, înțeleg că aceasta a fost o ședință de psihoterapie dificilă pentru tine. Apreciez faptul că ai venit totuși, deși puteai evita întâlnirea noastră. Ți-aș sugera ca la viitoarea noastră ședință să abordăm problema alcoolului (terapeutul observă faptul că pacientul se înroșește). Ce părere ai? Se pare că am atins o zonă sensibilă!

P: Cred că m-am mințit singur în ceea ce privește băutura. Acum nu sunt decât un bețiv, un șofer beat. Ați mai avut de-a face cu asemenea indivizi decăzuți?

T: Trebuie să fii foarte supărat dacă te exprimi așa. Se pare că regreți cele petrecute, nu-i așa?

P: Da, îmi este greu să accept realitatea așa cum este ea.

T: Ce ar fi să ne vedem chiar mâine?

P: Sincer vorbind, m-am gândit să nu mai vin deloc la terapie, dar totuși ceva trebuie făcut.

T: Te-ai gândit care va fi reacția unui terapeut față de o persoană care consumă alcool în exces?

P: Am fost convins de faptul că nu mă veți critica, dar sunt sigur că v-am dezamăgit și că mă considerați un mincinos și un ratat.

T: În acest moment nu faci decât să aplici distorsionarea cognitivă denumită „citirea gândurilor". La fel procedezi și în cazul celorlalți oameni. Faptul că ai condus mașina în stare de ebrietate nu-i va determina pe colegii tăi să te judece atât de aspru. E adevărat că ai comis o greșeală gravă, dar nu este o catastrofă. Vom lucra împreună pentru a ieși din această situație.

Te-ai mai confruntat și cu alte situații despre care ai crezut că nu le poți depăși?

P: Dacă mă gândesc bine, m-am simțit foarte rău atunci când am căzut la examenul de chimie în timpul facultății. Nu mai pierdusem până atunci nici un examen. Nici nu le-am spus părinților mei.

T: Și cum ai făcut față situației?

P: Am vrut să abandonez facultatea, dar până la urmă am învățat și mi-am luat examenul. Mi-am dat seama că nu învățasem destul.

T: Cred că acum a sosit momentul să abordăm problema alcoolului. Va trebui să-ți revizuiești vechile tale obiceiuri și, așa cum ai procedat în cazul examenului, primul pas este să recunoști problema. Ședințele noastre viitoare de psihoterapie vor fi dedicate analizării rolului pe acre îl joacă alcoolul în viața ta.

P: Deși îmi este greu să recunosc faptul că am o astfel de problemă, nu am cum să o evit.

T: Pentru început ar fi bine să notezi situațiile în care obișnuiești să consumi alcool sau simți nevoia să o faci.

Odată criza depășită, terapeutul a stabilit împreună cu pacientul obiectivele și planul de psihoterapie. Abordarea problemei alcoolului a fost realizată într-o manieră nonevaluativă. Terapeutul a decatastrofalizat situația creată, fără a minimaliza importanța problemei.

Scanned with OKEN Scanner

VII. Intervenţia psihoterapeutică cognitiv-comportamentală în cazul crizelor psihologice

Castro-Blanco (2000) subliniază faptul că în perioada de vârstă cuprinsă între 6 şi 10 ani, copiii şi adolescenţii îşi petrec o mare parte a timpului în şcoală sau pregătindu-şi lecţiile. Şcoala este mediul în care se produce, în cea mai mare măsură, dezvoltarea cognitivă, emoţională, socială, precum şi formarea şi structurarea personalităţii subiectului. În aceste condiţii, nu este de mirare că majoritatea crizelor psihologice prin care trec copiii şi adolescenţii se petrec în şcoală, au legătură cu şcoala sau sunt depistate în şcoală, de către profesori sau consilierii şcolari.

Studiile clinice au evidenţiat faptul că suicidul reprezintă a treia cauză a mortalităţii adolescenţilor de peste 15 ani (Blumenthal, 1990) şi a patra în rândul celor de 14 ani şi mai tineri (Date ale Centrului American pentru Controlul şi Prevenirea îmbolnăvirilor, 1997, apud. Castro-Blanco, 2000, p. 273).

De asemenea, comportamentele violente şi tulburările asociate cu acestea, precum şi abuzul de substanţe reprezintă principalele motive pentru care copiii şi adolescenţii sunt luaţi în evidenţă de cabinetele de psihiatrie sau psihoterapie (Bird, 1996; Kandel et al., 1996).

O altă cauză posibilă a crizelor psihologice la copii şi adolescenţi o reprezimtă expunerea la scene de violenţă, expunere care poate genera ulterior comportamente antisociale (Scwab-Stone et al., 1999).

O serie de probleme ce ţin de performanţele şcolare scăzute sau de tulburările de comportament pot avea drept cauză şi anumite tulburări psihopatologice nediagnosticate (Jensen şi Watanabe, 1999).

Deşi între stilul de gândire al adulţilor şi cel al copilului sau al adolescentului există unele deosebiri (frecvenţa mai ridicată a gândirii de tip dihotomic, a tendinţelor de catastrofalizare sau de apreciere idealizată şi mai puţin realistă a situaţiilor de viaţă, considerate patologice la adult şi relativ fireşti la copil şi adolescent),

Scanned with OKEN Scanner

aceasta nu înseamnă că demersul terapeutic cognitiv-comportamental nu dă rezultate foarte bune şi cu aceste categorii de subiecţi.

Terapeutul va trebui însă să-şi structureze demersul ţinând seama de prezenţa acestor particularităţi ale stilului cognitiv specific copiilor şi adolescenţilor.

Menţionăm, în cele ce urmează, câteva dintre strategiile cognitiv-comportamentale utilizate în terapia copiilor şi adolescenţilor cu probleme.

1. Verificarea semnificaţiei termenilor

Copiii şi adolescenţii pot să utilizeze frecvent termeni folosiţi de către adulţi cărora le conferă o altă semnificaţie sau pot utiliza termeni argotici, al cărui sens este înţeles de subiecţi din aceeaşi categorie de vârstă şi mai puţin de adulţi.

Deşi întrebările directe referitoare la sensul unor termeni pot fi plictisitoare pentru copii şi adolescenţi, acestea reprezintă însă cel mai eficient mijloc prin care terapeutul se va asigura de faptul că a înţeles despre ce este vorba.

În felul acesta terapeutul va avita riscul de a considera de la sine înţeles faptul că modul în care defineşte el situaţia problematică coincide cu cel al pacientului.

Trebuie subliniat faptul că utilizarea metodei dialogului socratic pentru a infirma gândurile negative cu caracter absolutist este greu de aplicat la copii şi adolescenţi, fiind chiar contraindicată la cei cu comportament agresiv, care o pot considera ca pe o provocare, aceasta putând conduce la accentuarea agresivităţii (Cornell şi Lopez, 1998).

În general, atacarea modului dihotomic de gândire („alb-negru", „totul sau nimic") va fi realizată cu prudenţă la această categorie de subiecţi la care stilul absolutist de gândire este specific stadiului de dezvoltare şi nu are un caracter evident patologic ca la adulţi. Astfel, contraargumentarea unui gând negativ de tipul „nimeni nu mă iubeşte" sau „nimănui nu îi pasă de mine" va avea mai puţin succes dacă terapeutul va face astfel de afirmaţii: „mulţi oameni te iubesc" sau „acest lucru nu este adevărat".

O manieră mai eficientă de abordare a unei astfel de situaţii ar putea fi parafrazarea celor afirmate de adolescent sub forma unei întrebări: „chiar nimeni, nimeni din lumea asta nu ţine la tine?".

Procedând astfel, terapeutul îl va determina pe copil sau adolescent să modifice treptat intensitatea cu care nutreşte convingerea respectivă.

Întrebările terapeutice vor trebui să aibă drept scop identificarea unor excepţii de la regulile absolutiste formulate de clientul copil sau adolescent.

2. Reatribuirea

Prin intermediul atribuirii subiectul caută să identifice cauzele diverselor evenimente, realizând o oarecare ordine subiectivă în lumea haotică. Deoarece reprezintă judecăţi cu caracter subiectiv, atribuirile sunt frecvent supuse erorii şi au drept rezultat concepţii greşite în legătură cu motivele acţiunilor celorlalţi referi-

Scanned with OKEN Scanner

toare la cât de sigură sau dreaptă este lumea externă sau la eșcurile și succesele unui individ.

Adesea copiii și adolescenții manifestă tendința de a-și atribui întreaga responsabilitate pentru producerea unor evenimente cu conținut negativ, evenimente pentru care au o responsabilitate redusă sau nici un fel de responsabilitate. Astfel de atribuiri se bazează pe convingerile disfuncționale legate de faptul că sunt inadecvați sau lipsiți de noroc, convingeri întărite de evenimente negative exterioare.

Prin intermediul unor întrebări atent formulate, terapeutul îl va determina pe copil sau adolescent să conștientizeze faptul că are un control limitat asupra evenimentelor vieții.

Renunțând la a-și asuma o responsabilitate prea mare sau dimpotrivă, prea redusă, clientul va învăța să evalueze mai corect lumea externă, pe ceilalți și propria persoană, reducându-se astfel frecvența și intensitatea sentimentelor de mânie, culpabilitate sau autodevalorizare.

3. Contraargumentarea

Terapeutul care lucrează cu copii sau adolescenți trebuie să fie foarte atent atunci când utilizează metoda contraargumentării prin intermediul dialogului socratic pentru a infirma gândurile și convingerile negative disfuncționale pentru că acești clienți sunt excesiv de sensibili la contrazicere și pot considera că sunt blamați pentru că nutresc gânduri negative.

Aceștia pot considera că terapeutul nu aduce contraargumente unor gânduri, ci îi critică în calitate de persoane.

4. Barometrul stărilor afective (Castro-Blanco, 2000)

Este rezultatul adaptării Scalei Subiective a Disconfortului (Subjective Units of Disconfort Scale – SUDS; Wolpe, 1969) și presupune solicitarea ca cel testat să-și noteze stările emoționale legate de o situație pe o scară de la 0 la 100, în care 0 înseamnă calm și relaxant, iar 100 „sunt la punctul de fierbere!". Utilizarea acestei tehnici scutește copilul sau adolescentul de dificultatea de a găsi adjective potrivite care să-i exprime corect stările afective.

Barometrul stărilor afective le permite subiecților să asocieze emoțiile cu anumite evenimente externe. Acest element este important deoarece rareori copiii și adolescenții sunt conștienți de rolul evenimentului extern în generarea stării emoționale precum și pentru că se poate demonstra mai ușor faptul că stările afective se pot modifica o dată cu schimbarea situației. În felul acesta este infirmată convingerea disfuncțională că o anumită situație sau o stare afectivă negativă vor dura la nesfârșit.

Barometrul stărilor afective îl poate ajuta pe terapeut în depistarea precoce a unor stări emoționale negative contribuind astfel la prevenirea unor situații de criză, deoarece mulți copii sau adolescenți care declanșează comportamente care le pun

viața în pericol afirmă că „s-au trezit în plină criză" fără a avea nici un fel de simptome sau antecedente.

Terapeutul consilier care lucrează cu această categorie de subiecți trebuie să-i ajute să conștientizeze următoarele aspecte (Castro-Blanco, 2000, p. 279):

- crizele psihologice apar rareori din senin;
- o criză psihologică reprezintă efectul unui lanț de evenimente;
- semnele premonitorii ale crizei există dar sunt adesea trecute cu vederea;
- automonitorizarea îl poate ajuta pe copil să obțină feed-back-uri referitoare la stările sale emoționale care apar ca o consecință a unor situații;
- monitorizarea stărilor afective face posibilă detectarea precoce a simptomelor unei crize psihologice;
- conștientizând simptomele unei posibile stări de criză clientul poate solicita sprijin pentru depășirea acesteia.

Tipurile de reacții la situația de criză psihologică

1. Suicidul

Kruesi et al (1999); Spirito, Brown, Overholster și Fritz (1990) subliniază faptul că în ultimii 25 de ani incidența suicidului în rândul adolescenților s-a triplat.

Sinuciderea unui elev reprezintă o experiență deosebit de traumatizantă pentru ceilalți copii, rude cât și pentru personalul didactic din școală.

Într-o astfel de situație, psihologul clinician își va propune să ajute adulții și copiii rămași în viață să facă față situației precum și să prevină contagiunea fenomenului suicidar, evitând valorizarea persoanei dispărute sau a actului suicidar.

Dacă tentativele de suicid la copii și adolescenți nu au o frecvență prea mare, în schimb ideile și intențiile suicidare sunt mult mai frecvente (Shaffer et al., 1988).

Terapeutul care lucrează cu un copil sau adolescent cu potențial suicidar va trebui să investigheze prioritar această problematică, tehnica întrebărilor directe fiind cea mai indicată (Kruesi et al., 1999). Printre factorii de risc cei mai importanți se numără alte tentative de suicid în antecedente, precum și prezența în anturajul apropiat a unor rude sau prieteni care au avut astfel de tentative.

În cazul detectării unui astfel de risc, terapeutul va trebui să aibă o intervenție directă care să vizeze calmarea clientului, anunțarea adulților care sunt acasă și contactarea unui serviciu de urgență specializat în probleme de pediatrie și psihiatrie.

2. Depresia

Deși un procent redus de adolescenți cu tentative de suicid suferă de depresie în timpul tentativei (Shaffer et al., 1988), incidența depresiei este ridicată în rândul acestei categorii de subiecți (Lewisohn, Clarke, Seeley și Rohde, 1994).

Variabile de tip cognitiv cum ar fi pesimismul, autoaprecierile cu conținut negativ și deficitul în ceea ce privește repertoriul strategiilor da a face față cerințelor

Scanned with OKEN Scanner

vieții reprezintă predictori pentru posibilitatea apariției unor episoade depresive în viitor.

Tehnicile psihoterapiei cognitiv comportamentale s-au dovedit deosebit de eficiente în tratamentul și prevenirea tulburărilor depresive la adolescenți.

Studii de acest tip au realizat Rotheram-Barus et al (1994), Brent et al (1993; 1996), Miller (1999) și Moreau, Weissman și Klerman (1993).

Intervenția terapeutică în cazul unei crize depresive implică detectarea potențialului suicidar, precum și a planurilor concrete de realizare a actului de autoliză (suicid).

Utilizarea barometrului stărilor afective precum și a jurnalelor personale îl va ajuta pe adolescent să realizeze conexiunea dintre stările afective negative, situații, gândurile și convingerile cu caracter disfuncțional și acțiunile care decurg din acestea.

3. Mânia și agresivitatea

Copiii și adolescenții care suferă de tulburări de comportament sau sunt hiperkinetici prezintă un deficit al abilităților de rezolvare a problemelor sociale (Matthys, Cuperus și VanEngland, 1999) și declanșează adesea și comportamente agresive în plan verbal și fizic (Kazdin, 1997).

Mânia și ostilitatea joacă un rol important în declanșarea comportamentelor agresive, aceste stări afective putând fi cu ușurință evidențiate cu ajutorul Barometrului sentimentelor.

Brestan și Eyberg (1998) au comparat mai multe studii realizate cu ajutorul unor programe de psihoterapie aplicate la adolescenți cu tulburări de comportament și au constatat faptul că modelul cognitiv-comportamental dă cele mai bune rezultate în tratamentul acestor subiecți.

Intervenția în situația de criză trebuie să vizeze riscul imediat de producere a unei acțiuni agresive.

Ca și în cazul riscului suicidar, intervieverea directă în legătură cu intențiile sau ideile cu conținut agresiv reprezintă strategia cea mai eficientă.

Tehnicile cognitiv-comportamentale menite să-l ajute pe client să realizeze faptul că dispune și de alte opțiuni în afară de acțiunile agresive, automonitorizarea, achiziționarea unor deprinderi de a face față unor probleme sociale, precum și învățarea unor metode de autoreglare a comportamentului pot fi aplicate cu succes la copiii și adolescenții agresivi.

4. Tulburările anxioase

Beidel, Turner și Morris (1999) subliniază faptul că un număr mare de copii și adolescenți suferă de fobie socială sau de tulburare de personalitate evitantă, acești subiecți având abilități sociale mai reduse comparativ cu cei din lotul de control.

Efectele anxietății sociale se manifestă frevent sub forma fobiei școlare.

Scanned with OKEN Scanner

Copiii și adolescenții care suferă de această tulburare nu refuză să frecventeze școala din motive de opoziționism, pentru a evita cerințele impuse de școală sau pentru că preferă alte activități, ci din cauza fricii de evaluare, aceștia rămânând de cele mai multe ori acasă cu complicitatea tacită a familiei. Marea majoritate a acestora fac parte din categoria subiecților ale căror familii nu insistă asupra unor activități recreaționale realizate în afara locuinței.

Din acest motiv, pe lângă tehnicile cognitiv-comportamentale de modificare a stilului de gândire este necesar să se aplice și terapia de familie, menită să stopeze implicarea membrilor familiei în menținerea tulburării.

Studiu de caz

Cosmin are 15 ani și este elev în clasa a IX-a la un cunoscut liceu bucureștean. Clientul locuiește împreună cu părinții și sora sa, în vârstă de 11 ani. Acesta a fost adus la cabinetul de psihoterapie pentru refuzul de a mai merge la școală. Tulburarea a debutat în luna noiembrie după ce Cosmin a suferit o indigestie în urma unui consum excesiv de arahide.

Clientul a relatat că a început să fie preocupat de starea sa de sănătate după ce s-a mutat împreună cu părinții în alt cartier și a schimbat școala. Copilul și-a vizitat o mătușă vârstnică în vechiul cartier, a mâncat chiftele oferite de aceasta, i s-a făcut rău și a vomitat.

Începând de atunci Cosmin a început să vomite frecvent atât acasă cât și în afara casei, acuzând în același timp dureri abdominale și diaree.

Clientul a început să se teamă tot mai mult de faptul că i se va face rău, va vomita în public și se va face de râs în fața colegilor.

Simptomele s-au accentuat foarte mult după examenul de capacitate unde a luat o medie ceva mai mică decât se aștepta și nu a fost distribuit la clasa de informatică pe care și-a dorit-o.

Cosmin a lipsit destul de mult de la școală atât în clasa a VIII-a cât și la începutul clasei a IX-a, performanțele sale scăzând simțitor. De multe ori, acesta pleca spre școală, dar se întorcea din drum ori se simțea rău la școală și cerea permisiunea de a pleca acasă.

În ultimul timp Cosmin a refuzat să mai plece de acasă de teama că i se va face rău la școală sau în autobuz.

Pacientul a venit la psihoterapeut însoțit de mama sa care, deși își făcea griji că fiul ar putea rămâne repetent, considera că refuzul acestuia de a merge la școală era justificat.

Teama de a frecventa locuri publice, stările de panică și tendința de a părăsi aceste locuri, precum și teama că se va face de râs în public au determinat ca psihiatrul de la policlinica de copii să oscileze între diagnosticul de agorafobie cu atacuri de panică și cel de fobie socială.

Scanned with OKEN Scanner

Cu toate acestea, problema cea mai acută era reprezentată de refuzul de a frecventa școala, aceasta reprezentând o prioritate în cadrul obiectivelor terapiei.

Psihoterapeutul și-a propus inițial să identifice factorii declanșatori ai anxietății.

Cosmin a identificat gânduri negative automate legate de teama de îmbolnăvire și de pierderea autocontrolului. Barometrul stărilor afective i-a permis să detecteze mai ușor nivelul de activarea emoțională și să stabilească interacțiunile dintre gânduri, stări afective, situații și reacții în plan comportamental.

În cazul acestui subiect au fost utilizate tehnici de contraargumentare pentru a combate gândurile legate de îmbolnăvire și de teama că se va face de râs în public. Terapeutul a insistat pe blocarea generalizării reacției anxioase și la alte locuri unde nu i s-a făcut rîu niciodată (la școală, în mijloacele de transport în comun).

Cosmin a fost îndrumat să utilizeze Barometrul stărilor afective în diverse situații de viață pentru a detecta nivelul anxietății. Ulterior acesta și-a însușit o tehnică simplă de relaxare cu respirație controlată, tehnică pe care trebuia să o utilizeze ori de câte ori simțea că ceva nu este în regulă. Părinții au fost instruiți să se opună refuzului de a merge la școală și să negocieze soluții mai eficiente.

De asemenea, părinților li s-a sugerat să-i acorde sprijin copilului pentru a se pune la punct cu programa școlară prin intermediul unor lecții particulare.

Într-o etapă mai avansată a terapiei au fost abordate gândurile și convingerile negative legate de posibilitatea îmbolnăvirii.

După ce pacientul a început să frecventeze cu regularitate școala, terapeutul a recomandat și un program de exerciții fizice de întreținere.

Scanned with OKEN Scanner

VIII. Consilierea şi terapia crizelor specifice vârstei înaintate

Helen M. DeVries şi Dollores Gallagher-Thompson (2000) subliniază că datele demografice arată faptul că segmentul de populaţie de peste 75 de ani este în continuă creştere, mai ales în ţările industrializate. Autoarele menţionate consideră că această categorie de subiecţi se confruntă cu aceleaşi probleme ca şi generaţiile mai tinere, deşi există diferenţe în ceea ce priveşte nivelul de educaţie, starea sănătăţii, statutul economic şi dimensiunile experienţelor de viaţă.

Gerontologii împart vârsta înaintată în trei grupe: vârstnici tineri (între 65 şi 75 de ani), vârstnici (între 75 şi 85 de ani) şi vârstnici bătrâni de peste 85 de ani.

Autoarele menţionate (Vries şi Gallagher-Thompson, 2000) sunt de părere că mai ales persoanele trecute de 70 de ani sunt mai puţin familiarizate cu serviciile psihologice şi din acest motiv ajung, de cele mai multe ori, destul de târziu la psihoterapie, atunci când sunt deja depăşite de probleme.

Crizele psihologice prin care trec vârstnicii au la bază o combinaţie între factori ce ţin de procesul de îmbătrânire şi stresul vieţii cotidiene (Duffy şi Iscoe, 1990; Kirsling, 1986; Wilson şi Schultz, 1983).

Reese şi Smyer (1983) şi Vanden Bos (1998) au identificat mai multe categorii de factori stresanţi:

– factori biologici (deficienţe fizice şi senzoriale, îmbolnăviri);

– factori de mediu (pensionarea, pierderea veniturilor, modificări în ceea ce priveşte locuinţa sau condiţiile de viaţă);

– factori psihologici (scăderea abilităţilor cognitive, pierderi, doliu);

– factori socioculturali (modificarea statutului şi rolului social).

Aceşti factori stresanţi acţionează adesea simultan sau într-o succesiune rapidă, fapt ce limitează posibilităţile adaptative ale clienţilor. De asemenea, persoanele vârstnice dispun de resurse adaptative mai reduse în plan economic, fiziologic, psihologic şi social atunci când se confruntă cu o situaţie de criză (Wilson şi Schultz, 1983).

Scanned with OKEN Scanner

Deși evenimentele stresante acționează ca variabile precipitatoare, trăirea subiectivă a individului este cea care ne indică faptul că avem de-a face cu o criză psihologică, aceasta reflectând de fapt modalitatea în care factorii stresanți sunt percepuți de subiect. Astfel, în cadrul teoriei neajutorării dobândite a lui Seligman (apud DeVries și Gallagher-Thompson, 2000, p. 197), criza psihologică este definită ca reprezentând experiența psihologică de pierdere a controlului, neajutorare și incapacitatea percepută de a face față situației.

Criza psihologică a vârstei înaintate nu reprezintă un fenomen inevitabil, ea fiind mai curând rezultatul interacțiunii dintre factorii stresanți și modul în care îi percepe individul.

O importanță deosebită trebuie acordată depistării precoce a situațiilor de criză psihologică și mai ales a persoanelor cu risc suicidar, cunoscut fiind faptul că un sfert din numărul sinuciderilor se înregistrează la subiecții trecuți de 60 de ani (Richardson, Lowenstein și Weissberg, 1989). Mai mult, frecvența sinuciderilor a crescut în Statele Unite cu 36% în 1992 comparativ cu anul 1980 (datele aparțin Centrului American de Prevenire și Control a Îmbolnăvirilor, 1996).

Conwell et al. (1998) subliniază, la rândul lor faptul că vârstnicii sunt mai înclinați decât alte categorii de subiecți să elaboreze planuri autodestructive, prezentând în același timp mai puține semnale de avertizare cu privire la intențiile suicidare.

De asemenea, se constată o incidență crescută a sinuciderilor silențioase în rândul vârstnicilor care decid să moară de inaniție sau datorită non-complianței la tratamente medicale (Simon, 1989).

Vârsta înaintată nu reprezintă un predictor suficient pentru conduita suicidară. Aceasta are drept cauză un cumul de factori dintre care menționăm: depresia, izolarea socială, pierderile, bolile somatice sau psihice, precum și tentative de suicid în antecedente (Cromwell, 1997).

La aceștia se adaugă și alți factori care pot determina la rândul lor, o creștere a incidenței suicidului la vârsta înaintată (Blazer, 1991): vârsta, originea etnică, statutul economic, cel marital, bolile psihice, tentative anterioare de suicid, precum și unii factori de natură demografică. Astfel, frecvența suicidului este mult mai mare în rândul bărbaților trecuți de 65 de ani comparativ cu femeile de aceeași vârstă.

Cunoașterea acestor factori de risc reprezintă primul pas în cadrul intervenței în cazurile de criză la vârsta înaintată.

Evaluarea

Diagnosticarea crizelor psihologice specifice vârstei înaintate este dificilă deoarece clienții ezită să se adreseze unor cabinete de psihiatrie sau psihologie, pe primul plan situându-se la acești subiecți simptomele somatice.

Studiile clinice au evidențiat faptul că un număr mare de vârstnici care au comis tentative de suicid s-au adresat medicului de medicină generală cu o lună înainte de comiterea actului suicidar (Liptzin, 1991).

Scanned with OKEN Scanner

De asemenea, numeroşi vârstnici preferă să se adreseze preoţilor atunci când au probleme personale (Weaver şi Koening, 1996).

Din acest motiv este indicat ca atât medicii de familie, cât şi clericii să fie sensibilizaţi în legătură cu posibilitatea existenţei unei boli psihice la această categorie de clienţi şi să caute, în acelaşi timp, să obţină cât mai multe informaţii cu privire la evenimentele stresante care apar în viaţa vârstnicilor.

Semnele clinice ale unei posibile crize ar putea fi sentimentul de pierdere a controlului precum şi incapacitatea de a face faţă situaţiei.

Factorii de risc ce contribuie la declanşarea unei crize psihologice sunt: depresia, doliul cu complicaţii, abuzul de alcool sau medicamente, scăderea nivelului funcţiilor cognitive, boli cronice severe, precum şi modificări în ceea ce priveşte statutul social sau dinamica familiei.

Depresia

Deşi majoritatea vârstnicilor prezintă unele simptome depresive, marea majoritate a subiecţilor nu suferă de depresie în adevăratul sens al cuvântului (Gallagher şi Thompson, 1983)

Studiile indică faptul că incidenţa depresiei este mai mare în rândul femeilor comparativ cu bărbaţii atât la vârstă tânără, cât şi la vârstă mai înaintată, în timp ce la bărbaţi depresia majoră apare mai frecvent între 55 şi 64 de ani (Leaf et al., 1988)

Episoadele depresive majore care debutează în jurul vîrstei de 60 de ani sau mai târziu intră în categoria depresiilor vârstei înaintate.

Koening şi Blazer (1992) sunt de părere că aceste depresii sunt datorate într-o mai mică măsură unor factori genetici şi într-o măsură mai mare unora de natură situaţională sau unor factori biologici legaţi de prezenţa unor boli organice grave.

Aceste precizări sunt importante atât pentru evaluarea depresiei, cât şi pentru tratamentul acesteia.

Aşa cum am mai subliniat, prevalenţa simptomelor depresive cu coloratură somatică este mai mare la vârstnici, ceea ce îi determină să solicite ajutor mai ales de la medicii de familie sau de la medicii specialişti în alte domenii decât cel al psihiatriei.

În acelaşi timp, vârstnicii prezintă mai frecvent apatie sau agitaţie, dificultăţi de concentrare a atenţiei sau de memorie, tendinţă de retragere, petrec mult timp în pat şi se neglijează sub aspect fizic, în timp ce disforia şi ideile delirante de culpabilitate sau de autoliză (suicid) sunt ceva mai puţin frecvente decât la pacienţii mai tineri (Kasl-Godley, Gatz şi Fiske, 1998; Koening şi Blazer, 1992; Cavanaugh, 1990).

Evaluarea simptomelor depresive se realizează mai mult prin intermediul interviului clinic, scalele de depresie fiind saturate în itemi care se referă la simptome somatice, element care nu este relevant la clienţii vârstnici.

Excepţie face Scala Geriatrică de Depresie (G.D.S.) elaborată de Yesavage şi colaboratorii (1983) care este focalizată prioritar asupra unor simptome psihologice ale depresiei.

Scanned with OKEN Scanner

Doliul cu implicații

Pierderile multiple și mai ales pierderea parteerului de viață combinată cu efectele procesului de îmbătrânire reprezintă un important factor de risc pentru declanșarea crizei psihologice la vârstnici. Studiile clinice au demonstrat faptul că rata suicidului este mai ridicată la pacienți divorțați sau văduvi, comparativ cu cei căsătoriți (Blazer, 1991). Alte cercetări au evidențiat faptul că deși mulți vârstnici fac față stresului pierderii partenerului de viață, efectele în plan cognitiv și emoțional ale acestei traume pot să se întindă pe o durată de la 2 până la 7 ani (Lund, 1989; Thompson, Gallagher-Thompson, Futterman și Peterson, 1991).

Aceiași autori subliniază și faptul că un risc mai ridicat de a declanșa o criză apare la vârstnicii care continuă să prezinte simptome de stres timp de 1 până la 2 ani de la decesul partenerului.

S-a demonstrat de asemenea și faptul că un nivel scăzut al resurselor interioare cum ar fi independența, autoeficiența sau autostima, potențează cu deficitul de adaptare la pierdere și riscul de declanșare a unei crize patologice (Lund, 1989). În astfel de situații, psihoterapeutul trebuie să fie capabil să realizeze distincția dintre simptomele normale ale reacției de doliu și cele ale unei reacții de tip depresiv.

Breckenridge, Gallagher, Thompson și Peterson (1986) au comparat profilele psihologice obținute în urma aplicării Inventarului de depresie Beck (B.D.I. – Beck, Ward, Mendelson, Mock și Erbaugh, 1961) la pacienții care nu și-au pierdut partenerul de viață cu cei aflați în doliu după acesta și au constatat că aceștia din urmă prezentau mai frecvent simptome cum ar fi: plâns, insatisfacție legată de propria persoană și numeroase siptome somatice.

De asemenea, simptome cum ar fi sentimentele de culpabilitate sau cele legate de eșecul subiectului ca persoană nu apăreau la clienți cu reacție normală de doliu, acestea fiind mai curând simptome depresive care trebuie abordate ca atare (DeVries și Gallagher-Thompson, 2000).

Consumul de alcool sau medicamente

Numărul mare de medicamente prescrise pentru diverse afecțiuni, interacțiunile dintre acestea, efectele lor secundare, precum și recurgerea la alcool pentru a face față stresului. sporesc riscul dependențelor sau abuzului de substanțe. Datele statistice relevă faptul că în rândul populației anglo-saxone aproximativ 10% dintre adulții vârstnici au probleme datorate abuzului de substanțe (Kemp, Brummel-Smith și Ramsdell, 1990), incidența acestor probleme fiind mai ridicată la bărbați comparativ cu femeile.

De asemenea, Freund (1984) a constatat faptul că la bărbații văduvi vârstnici incidența alcoolismului atinge cotele cele mai ridicate.

În același timp, detectarea consumului abuziv de alcool la vârstnici este mai dificil de realizat deoarece aceștia nu trebuie să se conformeze unor cerințe sociale riguroase, manifestă tendința de a se izola, consumând alcool mai mult acasă decât în locuri publice.

Scanned with OKEN Scanner

Aceştia consumă într-o măsură mult mai redusă droguri, ei utilizând în schimb medicamente prescrise de medici, riscul constând în faptul că abuzul de alcool sau/şi de medicamente poate conduce la depresie, îmbolnăviri, accidente şi deteriorare în plan cognitiv.

Pentru a evalua corect problema abuzului de substanţe la vârstnici, terapeutul va trebui să se informeze dacă medicaţia a fost corect prescrisă şi monitorizată de medicul de familie pentru a se evita efectele secundare şi interacţiunile şi dacă pacientul vârstnic are capacitatea de a utiliza fără supraveghere o medicaţie mai complexă.

De asemenea, pentru că alcoolul se metabolizează în mod diferit la persoanele vârstnice chiar şi o cantitate redusă de alcool le poate crea probleme (Lamy, 1988; Shimp şi Ascione, 1988).

La acestea se adaugă şi reticenţa pacienţilor de a declara deschis consumul, mai ales când este vorba de alcool.

Deteriorarea cognitivă

Deteriorarea cognitivă nu reprezintă o consecinţă firească a procesului de îmbătrânire normală.

Studiile clinice au demonstrat faptul că inteligenţa şi memoria nu se alterează o dată cu vârsta, modificările constatate ţinând mai ales de un anumit grad de selectivitate a funcţiilor cognitive.

În cazul în care apar simptome de deteriorare cognitivă acestea sunt, de regulă, consecinţa instalării unei demenţe, a unor boli somatice, a accidentelor vasculare, a efectelor toxice ale unor substanţe sau a depresiei. Davies (1988) subliniază faptul că un procent de 15% din populaţie suferă de o formă de demenţă care, din fericire, este tratabilă dacă este corect diagnosticată.

Cu toate acestea, mulţi vârstnici care au probleme cu memoria sau cu alte funcţii cognitive, consideră că problema lor are un caracter ireversibil şi devin anxioşi, deprimaţi şi lipsiţi de speranţă din acest motiv. Teama de demenţă îi împiedică pe mulţi dintre ei să solicite un diagnostic şi o formă de tratament pentru astfel de probleme.

Trebuie subliniat şi faptul că diagnosticarea exactă a unei demenţe, cum ar fi de pildă maladia Alzheimer, poate genera declanşarea unei crize pentru pacient şi mai ales pentru familia acestuia.

Maladiile cronice

Aproximativ 80-85% dintre vârstnici suferă de boli cronice cum ar fi artritele, diabetul, hipertensiunea arterială, dificultăţi respiratorii, probleme cardiace etc., afecţiuni ce nu pot fi vindecate şi care le produc un anumit nivel de handicap (Cavanaugh, 1990; Knight, 1996).

Din cauza bolii, pacienţii trebuie să se adapteze permanent prescripţiilor medicale restrictive, limitării capacităţii de efort sau să facă faţă durerilor cronice.

Scanned with OKEN Scanner

Aceste solicitări generează stres, epuizează resursele adaptative și afectează sentimentul valorii personale precum și capacitatea de autocontrol.

Din acest motiv, evaluarea corectă a convingerilor persoanei cu privire la modificarea imaginii corporale, a nivelului de competență și a sentimentelor legate de eul propriu este foarte importantă în apariția riscului declanșării unor crize psihologice.

Persoanele care nutresc gânduri și convingeri negative referitoare la capacitatea lor de face față bolii sunt mai înclinate să dezvolte simptome depresive.

De altfel, depresia este mult mai răspândită în cadrul populației spitalizate pentru boli grave decât în rândul persoanelor considerate sănătoase (Knight, 1996).

Datele de cercetare atestă și faptul că la vârstnicii suferind de boli cronice, ideile legate de suicid țin mai mult de depresie decât de prezența bolii ca atare (Lindesay, 1991).

Un alt factor de risc prezent la vârstnicii suferinzi de boli somatice constă în incapacitatea accentuată care ține de existența factorilor psihologici (depresie, anxietate), care nu fac decât să exacerbeze handicapul impus de condiția medicală. Astfel, un pacient care suferă de cardiopatie ischemică poate renunța total la exerciții fizice din cauza anxietății.

Modificări în ceea ce privește rolurile sociale și dinamica familiei

Familiile evoluează, de regulă, conform unei dinamici cunoscute: fără copii, cu copii preșcolari, școlari, adolescenți, adulți, nepoți.

Adulții vârstnici trebuie să se adapteze multiplelor modificări de roluri și responsabilități. Mai mult, studiile au evidențiat faptul că după vârsta de 85 de ani 60% dintre subiecți suferă de multiple incapacități care presupun asistență medicală și contacte mai frecvente cu familia (Zarit, Davey, Edwards, Femia și Jorott, 1998).

Pensionarea, pierderea partenerului de viață, distanța față de copiii adulți sau boala somatică reprezintă exemple de modificări de roluri sau de dinamică a familiei.

Deși studiile au demonstrat faptul că majoritatea vârstnicilor preferă să trăiască independent de copii, dificultățile financiare sau bolile cronice îi forțează adesea să locuiască împreună cu aceștia. Situația se complică și mai mult în cazul în care în familia copiilor au loc divorțuri și recăsătoriri.

Diferențele de mentalitate dintre generații pot conduce la conflicte atunci când se renegociază noile roluri și responsabilități din cadrul familiei. Astfel, părinții se simt frustrați dacă au impresia că reprezintă o povară pentru copiii lor în timp ce aceștia, la rândul lor, pot trăi sentimente de depresie, ostilitate sau culpabilitate legate de faptul că sunt siliți să-și îngrijească părinții vârstnici. La acești factori stresanți se pot adăuga și rivalitățile dintre frații care sunt puși în situația de a împărți responsabilitatea îngrijirii unui părinte vârstnic.

De asemenea, multe familii care au funcționat foarte bine ani de-a rândul pot fi bulversate de boala gravă sau invaliditatea unuia dintre soții vârstnici.

Scanned with OKEN Scanner

Criza psihologică poate fi declanşată şi de teama sau de situaţia în care vârstnicul este abandonat şi plasat într-un azil.

Psihoterapeutul va trebui să investigheze şi posibilitatea comiterii unor abuzuri asupra vârstnicilor, abuzuri care se pot referi la violenţă verbală şi fizică sau neglijare şi care se întâlnesc, din păcate, în toate mediile sociale.

Probabilitatea apariţiei abuzurilor creşte atunci când persoana vârstnică are probleme somatice, emoţionale sau cognitive (Asociaţia Psihologilor Americani, 1997).

Consilierea şi psihoterapia cognitiv-comportamentală la vârstnici

Datele de cercetare au evidenţiat faptul că psihoterapia, mai ales în varianta ei cognitiv-comportamentală, este la fel de eficientă în tratarea depresiei şi a altor tulburări ale dispoziţiei la vârstnici ca şi la tineri (Engels şi Verney, 1997; Gallagher-Thompson, 1992; Gallagher-Thompson şi Thompson, 1995; Scogin şi McElreath, 1994). Mai mult, psihoterapia poate fi utilă şi vârstnicilor cărora le sunt contraindicate medicamentele antidepresive sau anxiolitice din cauza unor boli somatice.

Thompson şi Gallagher-Thompson (1991) au comparat trei loturi de pacienţi depresivi vârstnici, unii fiind trataţi prin intermediul medicaţiei antidepresive, iar ultimii cu o combinaţie de antidepresive şi tehnici terapeutice cognitiv-comportamentale. Rezultatele au evidenţiat faptul că terapia cognitiv-comportamentală singură a avut rezultate la fel de bune ca şi terapia combinată, în timp ce utilizarea medicaţiei antidepresive a dat rezultate mult mai slabe.

După cum se ştie, psihoterapia cognitiv-comportamentală utilizează o varietate de strategii dintre care menţionăm: identificarea şi conştientizarea gândurilor negative disfuncţionale, strângerea de dovezi care să le infirme veridicitatea şi înlocuirea acestora cu gânduri şi convingeri alternative mai raţionale.

La acestea se adaugă tehnici de monitorizare a nivelului şi calităţii dispoziţiei afective, identificarea şi creşterea frecvenţei unor activităţi agreabile şi tehnici de relaxare fizică şi psihică.

În cazul clienţilor trebuie pus un accent mai mare pe socializare şi pe construirea alianţei terapeutice, ţinând seama de faptul că vârstnicii nutresc gânduri negative legate de o posibilă schimbare şi se tem să urmeze un tratament psihiatric sau psihologic de teama de a nu fi consideraţi „nebuni".

De asemenea, această categorie de clienţi nu are sau are o experienţă redusă în ceea ce priveşte psihoterapia, aceştia neştiind cum să se comporte şi ce să aştepte de la psihoterapie.

În cazul în care avem de-a face cu o situaţie de criză, perioada de spitalizare va trebui redusă cât mai mult pentru ca tratamentul specific să înceapă cât mai rapid.

DeVries şi Gallagher-Thompson (2000) propun un model de psihoterapie cognitiv-comportamentală pentru situaţii de criză a vârstnicilor care să cuprindă

Scanned with OKEN Scanner

între 16 și 20 de ședințe. Interviul clinic va urmări să evalueze situația prezentă, terapeutul lucrând în colaborare cu medicul de familie pentru a stabili un diagnostic și o conduită terapeutică corectă, menită să stabilizeze clientul.

Se vor utiliza la început strategii cognitiv-comportamentale cu caracter limitat până la depășirea situației de criză care se realizează, de regulă, în primele două săptămâni, după care clientul este reevaluat psihologic pentru a se lua o decizie în favoarea continuării terapiei în varianta cognitiv-comportamentală de scurtă durată.

În unele cazuri de complexitate mai ridicată psihoterapia cognitiv-comportamentală va fi aplicată abia după o perioadă de spitalizare pentru probleme somatice, psihiatrice sau pentru ambele.

Studii de caz

Radu este un inginer pensionar în vârstă de 75 de ani a cărui soție a decedat subit în urma unui infarct cu aproximativ un an în urmă.

Clientul nu era pregătit psihologic pentru decesul soției și nu știa cum să se adapteze la viață în absența acesteia, nefiind familiarizat deloc cu treburile gospodărești. De asemenea, toate relațiile sociale erau gestionate de soție, astfel încât acesta s-a trezit dintr-o dată singur, ducând o viață lipsită de sens.

Clientul avea un fiu căsătorit în Ploiești cu care întreținea relații bune, dar se vedeau rar, astfel încât nu i s-a părut potrivit să meargă la acesta pentru a depăși perioada de doliu, așteptând ca fiul să-l viziteze și să discute despre decesul mamei sale.

Radu era un om sobru astfel încât îi venea greu să plângă sau să aibă orice altfel de manifestare cu caracter demonstrativ.

În urmă cu trei luni clientul a fost diagnosticat cu maladia Parkinson și din nefericire avusese un unchi care a dezvoltat și o demență în urma maladiei.

Deși medicul neurolog i-a comunicat că demența poate fi evitată, clientul se temea foarte mult de invaliditate și de faptul că ar putea deveni o povară pentru fiul său.

Mai mult, datorită cheltuielilor ridicate la întreținere, Radu a fost obligat să plece din apartamentul cu 3 camere în care trăise o viață și să se mute într-o garsonieră confort 2. Mutarea pe care a realizat-o cu ajutorul vecinilor a reprezentat „ultima picătură care a umplut paharul", clientul dezvoltând o reacție depresivă de amploare, cu sentimente de inutilitate și lipsă de speranță în ceea ce privește viitorul. Acesta vorbea frecvent despre faptul că ar fi mai bine ca totul să se sfârșească. Ocazional, acesta obișnuia să consume cantități moderate de alcool pentru a-și alina suferințele. În acel moment, fiul l-a internat la o secție de neurologie, medicul specialist indicând psihoterapie.

Evaluarea preliminară cu ajutorul inventarului de depresie Beck a evidențiat o depresie majoră, complicată cu un posibil abuz de alcool, precum și existența unor resurse limitate în plan emoțional și social.

Scanned with OKEN Scanner

Radu nutrea o serie de gânduri negative în legătură cu posibilitatea de a trăi singur şi cu ce i-ar putea rezerva viaţa în viitor.

Clientul a relatat că a pus la punct un plan de sinucidere, stocând patru flacoane de Diazepam cumpărate în timp cu ajutorul unor reţete de la medicul de familie, precum şi faptul că singurul lucru care l-a oprit să comită gestul a fost „ruşinea" pe care i-ar face-o fiului său.

Terapeutul a luat legătura cu medicul neurolog, precum şi cu medicul psihiatru, acesta din urmă recomandând o doză unică de Xeroxat.

S-a trecut la un program de psihoterapie cognitiv-comportamentală în timp ce clientul era spitalizat, aceasta realizându-se în şedinţe de către 30-40 de minute, de trei ori pe săptămână, timp de trei săptămâni. Clientului i s-a cerut să noteze într-un jurnal gândurile negative care îi trec prin minte.

Primul gând identificat a constat în aceea că sinuciderea reprezintă unica soluţie de a scăpa de suferinţă şi singurătate. Treptat, clientul a conştientizat faptul că nu este chiar atât de singur cum se credea, fiul său fiind binevoitor şi gata să-i ofere sprijin şi că nu suferă de demenţă ci doar se teme că ar putea să o dezvolte mai târziu.

Terapeutul i-a oferit materiale despre maladia Parkinson, astfel încât pacientul să se convingă de faptul că demenţa nu este inevitabilă.

S-a lucrat şi asupra gândului negativ „eu nu mai pot continua astfel". Clientul a fost dirijat să sesizeze distorsiunea cognitivă de tipul gândire dihotomică („totul sau nimic") şi apoi să conştientizeze faptul că, deşi se simţea depăşit, i s-au întâmplat şi unele lucruri pozitive: mutarea în garsonieră l-a ajutat să economisească bani şi i-a uşurat sarcinile gospodăreşti.

Interviul clinic a evidenţiat faptul că pacientul fusese înainte pasionat de şah pe care obişnuia să-l joace în Cişmigiu. Terapeutul i-a trasat ca sarcină în plan comportamental să-şi contacteze vechii prieteni şi să reia jocul. Această sarcină comportamentală a condus şi la infirmarea gândului negativ conform căruia sinuciderea ar reprezenta unica soluţie la problemele sale.

Mai multe şedinţe de psihoterapie au fost dedicate analizării consecinţelor negative ale sinuciderii: durerea şi culpabilizarea fiului, precum şi a altor membri ai familiei, încălcarea doctrinei creştin-ortodoxe (clientul avea o educaţie religioasă solidă), precum şi faptul că va fi considerat un laş.

Terapeutul împreună cu clientul au analizat şi succesele trecute din care a rezultat că acesta din urmă s-a manifestat ca un luptător: a impus mai multe brevete de invenţie, a condus o secţie grea într-o întreprindere şi a reuşit să ajungă conferenţiar la Universitatea Politehnică deşi în tinereţe avusese destule obstacole de natură politică, create de regimul trecut.

În timpul terapiei clientul a fost permanent susţinut emoţional de către psihoterapeut, mai ales în momentele în care s-a simţit depăşit de situaţie.

Scanned with OKEN Scanner

După externare, clientul a urmat un program de terapie cognitiv-comportamentală în ambulator, cu ședințe săptămânale, program care a cuprins 30 de ședințe, ultimele fiind realizate la intervale mai mari.

Dacă la început accentul a fost pus pe tehnici cognitive de identificare și combatere a gândurilor și convingerilor disfuncționale, ulterior s-a insistat mai mult pe strategii comportamentale menite să faciliteze integrarea socială și creșterea ponderii activității agreabile.

Evaluarea realizată după doi ani de la începerea terapiei l-a găsit pe client într-o dispoziție bună, descurcându-se singur în garsoniera sa. Deși maladia Parkinson a mai progresat într-o oarecare măsură, starea sănătății clientului nu s-a deteriorat semnificativ. Clientul a afirmat că este bucuros că se află în viață, lucrează la o carte de specialitate și este dispus să trăiască până în momentul în care Dumnezeu îl va chema la el.

2. Maria, o pensionară căsătorită în vârstă de 63 de ani este pusă în situația de a avea grijă de mama sa în vârstă de 89 de ani, paralizată, dar încă lucidă.

Maria se simțea depășită de solicitările permanente ale mamei sale, ea relatând faptul că nu se putea bucura de pensie împreună cu soțul ei din cauza comportamentului mamei pisăloage.

Pacienta a afirmat că nu a mai plecat din București de 8 ani deoarece nu-și putea lăsa mama singură. Mai mult, ea se simțea frustrată de faptul că mama o critica tot timpul și nu-i aprecia eforturile.

Sub imperiul mâniei și resentimentelor, Maria a limitat aproape toată comunicarea cu mama sa, cu excepția acțiunilor concrete de îngrijire.

Clienta a afirmat faptul că a renunțat total la orice activitate plăcută, simțindu-se o persoană „acră", nervoasă și nefericită. Criza s-a declanșat în momentul în care ea și-a ieșit din fire, i-a adresat mamei sale cuvinte grele în timp ce o schimba și a început să se teamă să nu-și piardă controlul și să o lovească.

Obiectivul imediat al consilierii și terapiei l-a reprezentat prevenirea unor momente de violență asupra mamei precum și înarmarea clientei cu anumite deprinderi care să-i permită să-și îngrijească mama vârstnică fără a se mai lăsa copleșită de frustrare și resentimente.

Pentru a reduce riscul de a-și agresa mama, Maria a fost solicitată să-și noteze gândurile negative care apăreau în momentele ei de enervare.

Monitorizarea gândurilor negative disfuncționale a evidențiat faptul că acestea se refereau mai ales la atitudinea critică pe care o manifesta mama față de ea. Astfel, atunci când mama ei o întreba în mod repetat dacă a făcut curat în bucătărie sau dacă i-a depus pensia în cont, Maria își spunea în gând: „ea mă crede irresponsabilă!"; „mă tratează ca pe un copil!".

Clienta a fost învățată de către terapeut să înlocuiască aceste gânduri disfuncționale cu unele mai realiste, alternative: „Mama mea se simte neajutorată și are nevoie de asigurări permanente că totul este în ordine".

Scanned with OKEN Scanner

După ce Maria a conștientizat faptul că propriile ei gânduri îi declanșau crizele de mânie, ea a fost de acord să lucreze și asupra altor gânduri negative disfuncționale și să descopere gânduri alternative mai realiste.

Un alt element important al consilierii și terapiei l-a reprezentat ajutarea clientei să sporească frecvența activităților agreabile din viața ei.

Terapeutul a ajutat-o să crească numărul interacțiunilor pozitive cu mama ei, răsfoind albume cu fotografii de familie și solicitându-și mama să-i povestească întâmplări din copilăria ei precum și a mamei. Deși a fost sceptică la început, Maria a fost surprinsă de faptul că mama a fost de acord să coopereze cu ea.

Maria a început să redacteze la calculator amintirile mamei sale cu ideea de a scrie o carte. Deși sarcinile de îngrijire au rămas în continuare stresante, introducerea unei activități comune agreabile a redus multe dintre tensiunile create între mamă și fiică.

În continuare terapeutul și-a propus să o determine pe Maria să-și permită o scurtă vacanță împreună cu soțul ei. Demersul terapeutic a fost centrat pe înlăturarea convingerilor negative disfuncționale conform cărora ea era singura persoană capabilă să aibă grijă de mama ei pentru că nimeni altcineva din familie nu ar accepta să o ajute.

Maria s-a decis în cele din urmă să ceară ajutorul celor două fiice căsătorite și a rămas plăcut surprinsă când una dintre ele, care lucra acasă ca traducător, a fost de acord să o ajute, mutându-se pentru două săptămâni în locuința bunicii.

Vacanța de la Călimănești a fost foarte reușită, Maria revenind în București cu un tonus psihic mai bun.

Interviul clinic realizat după șase luni a evidențiat faptul că deși starea sănătății mamei s-a înrăutățit și solicitările acesteia erau tot mai obositoare, Maria reușea să facă față cu bine situației, acordându-și din când în când mici pauze pentru a ieși în oraș cu soțul. Clienta nu mai nutrea convingerea disfuncțională că viața ei este complet terminată.

Scanned with OKEN Scanner

IX. Intervenţia cognitiv-comportamentală în cazul crizelor pacienţilor cu afecţiuni somatice

DiTomasso, Martin şi Kovnat (2000) sunt de părere că simpla apariţie a unei afecţiuni somatice nu reprezintă o criză pentru pacient.

Criza apare datorită perceperii problemei apărute ca fiind o ameninţare serioasă la adresa integrităţii persoanei, şi ca urmare a faptului că resursele adaptative ale acesteia sunt depăşite sau ineficiente.

Eppersen-Sebour (1990) şi Parad şi Parad (1990) consideră că sunt generatoare de criză acele evenimente care ameninţă securitatea şi sentimentul de autocontrol al individului.

În domeniul medical aceste evenimente se distribuie pe o linie continuă de la situaţii biologice fireşti, cum ar fi menopauza până la accidente rutiere cu consecinţe grave (Parad şi Parad, 1990). Pe lângă problemele de sănătate asupra pacienţilor somatici acţionează şi alţi factori stresanţi, specifici vieţii cotidiene: decese, divorţuri, separare, pierderea serviciului sau probleme financiare.

Marea majoritate a indivizilor nu sunt pregătiţi să facă faţă unei boli severe, cronică sau acută, cum ar fi, de pildă, cancerul, scleroza multiplă, diabetul sau infertilitatea (Elkin, 1990).

De asemenea, este puţin probabil ca o persoană să fie pregătită pentru un accident rutier grav sau pentru a face faţă situaţiei în care un copil s-a născut cu malformaţii congenitale.

Convingerile, atitudinile şi comportamentele individului sunt decisive în apariţia şi menţinerea unei situaţii de criză. Astfel, foarte mulţi indivizi neagă sau ignoră riscurile asociate unui stil de viaţă nesănătos, cum ar fi fumatul, consumul excesiv de alcool sau regimurile alimentare bogate în glucide sau colesterol.

Din acest motiv suntem de părere că atitudinile şi convingerile disfuncţionale cu privire la starea de sănătate reprezintă elementul-cheie care transformă o problemă medicală într-o situaţie de criză.

Scanned with OKEN Scanner

Incapacitatea de a pune în acțiune comportamente sanogenetice poate conduce la criză datorită următoarelor aspecte (DiTomasso, Martin și Kovnal, 2000, p. 411):

- neperceperea amenințării și negarea necesității unor modificări comportamentale care să reducă riscurile îmbolnăvirii pot conduce la apariția unor probleme medicale grave;
- subiectul poate decide faptul că renunțarea la stilul de viață sănătos nu merită osteneala, acesta nepercepând în suficientă măsură gradul său real de vulnerabilitate;
- absența informării sau lipsa unor resurse financiare îl poate determina pe subiect să nu facă investigații medicale sau să nu urmeze un regim de viață sănătos;
- lipsa complianței la tratament după diagnosticarea unei afecțiuni somatice severe.

Condiția medicală ignorată poate degenera într-o patologie severă ce va conduce la o criză care, altfel ar fi putut fi evitată.

Perceperea condiției medicale poate produce o criză care, la rândul său, va agrava situației medicală existentă, îngreunând refacerea datorită cercului vicios care s-a creat.

Intervenția precoce în situația de criză a pacienților somatici prezintă o serie de avantaje legate de faptul că aceștia sunt ceva mai sănătoși sub aspect somatic și psihic și pot colabora mai eficient la construirea și implementarea în practică a unor noi mecanisme adaptative.

Intervenția precoce împiedică și formarea unui set de convingeri și expectații negative referitoare la efectele tratamentului.

Cauzele crizelor pacienților somatici (DiTomasso, Martin și Kovnat, 2000)

Factori declanșatori

Tipul frecvența, perioada și natura specifică a evenimentelor stresante joacă un rol esențial în declanșarea unei crize.

Unele evenimente de viață sunt mai stresante decât altele. Astfel, decesul partenerului de viață este frecvent asociat cu apariția stării de stres și a îmbolnăvirilor.

Efectul combinat al agenților stresanți mărește probabilitatea apariției crizei.

De asemenea, semnificația evenimentului este diferită de la individ la individ, schema cognitivă timpurie activată de situația prezentă jucând un rol însemnat în declanșarea tipului de răspuns.

Factori de natură cognitivă

1. Convingerile, atitudinile și supozițiile nerealiste

Scanned with OKEN Scanner

Așa cum am subliniat mai sus, evenimentele externe activează schemele cognitive de bază, acestea determinând, la rândul lor, gândurile, comportamentele și reacțiile emoționale ale pacienților (Beck, 1976; Needleman, 1999; Persons, 1989).

Natura schemelor cognitive va influența așadar reacțiile subiecților la aflarea veștilor referitoare la starea de sănătate, precum și maniera de adaptare la problema medicală ca atare.

2. Distorsionările cognitive

Stilul distorsionat de procesare a informațiilor (cum ar fi, de pildă, cel bazat pe inferențe arbitrare) va facilita instalarea situației de criză. Astfel, distorsionările cognitive referitoare la starea de sănătate vor influența modul în care individul percepe situația și acționează pentru a-i face față. De exemplu, un individ care are tendința de a-și catastrofaliza diagnosticul, va reacționa disproporționat la ceea ce se petrece.

3. Percepțiile și amintirile deformate

Pacienții aflați într-o dispoziție depresivă sunt mai înclinați să deruleze amintiri cu conținut negativ care, la rândul lor, vor distorsiona percepțiile. În felul acesta, atenția selectivă va fi îndreptată prioritar asupra informațiilor negative legate de starea de sănătate.

4. Triada cognitivă (Beck, 1976) care se referă la viziunea negativă a individului asupra propriei persoane, asupra lumii și viitorului

Pacienții cu stimă de sine scăzută vor avea tendința de a se autoculpabiliza pentru starea de boală, iar viziunea negativă asupra existenței și viitorului va conduce la apariția unor sentimente de neajutorare și lipsă de speranță.

5. Autoeficiența

Încrederea subiectului în capacitățile sale de a face față dificultăților vieții reprezintă o variabilă importantă care determină reacțiile sale la aflarea unor informații legate de boală.

Pacienții cu un sentiment redus al autoeficienței nu vor face decât să-și saboteze mecanismele defensive, în timp ce o evoluție favorabilă a unei boli este asociată cu sentimentul autocontrolului și eficacității personale.

6. Insuficienta informare sau lipsa de informație referitoare la o problemă medicală este stresantă pentru că permite dezvoltarea unor fantezii negative precum și a unor distorsionări cognitive care, la rândul lor, vor conduce la creșterea probabilității apariției unei crize.

Factori comportamentali

1. Insuficiența sau absența unor strategii adecvate de a face față stresului

O istorie personală marcată de situații în care subiectul nu a reușit să facă față cu bine unor situații stresante facilitează apariția crizei.

2. Utilizarea unor modalități negative de a face față stresului, cum ar fi consumul de alcool, droguri sau tentativele de suicid măresc, la rândul lor, posibilitatea apariției unei crize.

Scanned with OKEN Scanner

3. Absența unor suporturi sociale adecvate

Pacientul fără suporturi sociale va fi izolat, fiind menit să se lupte singur cu dificultățile care apar în plan somatic sau psihic.

4. Incapacitatea de a solicita sprijin reprezintă de asemenea un factor care poate conduce la situația de criză.

Factori de natură fiziologică

Prezența unei disfuncții somatice poate contribui la reducerea pragului de toleranță la stres.

Tehnici cognitiv-comportamentale de intervenție în situații de criză la pacienții somatici

Demersul cognitiv-comportamental pentru situațiile de criză are un caracter activ, directiv orientat spre scop, colaborativ, psihoeducațional și centrat pe rezolvarea de probleme (Freeman și DiTomasso, apud DiTomasso, Martin și Kovnat, 2000, p. 415).

Fiecare dintre aceste caracteristici joacă un rol esențial în ajutorarea clientului aflat în stare de criză.

Acesta din urmă se află într-o stare de supraîncordare emoțională combinată cu o senzație de epuizare datorată eșecului mecanismelor adaptative.

Din aceste motive, rolul activ al terapeutului este esențial în susținerea pacientului. De asemenea, caracterul directiv al demersului terapeutic este bine tolerat de un pacient care se află într-o situație de dezorganizare psihică și și-a pierdut capacitatea de a se autodirecționa.

Mai mult, demersul concret centrat pe rezolvarea de probleme motivează clientul pentru că îi oferă soluții potrivite situației sale specifice, ajutându-l să-și mobilizeze resursele într-un mod activ, pentru soluționarea crizei.

Pacientul cu probleme somatice aflat în criză se deosebește de alte categorii de pacienți deoarece motivele pentru care acesta se adresează unui cabinet de specialitate pot fi extrem de variate, iar personalul medical trebuie să aibă suficiente cunoștințe de psihologie pentru a sesiza aspectele legate de stres. Astfel, pacientul se poate prezenta pentru unele acuze somatice minore care ascund un substrat psihologic sau pentru exacerbarea unor simptome medicale existente deja, cum ar fi ridicarea îngrijorătoare a tensiunii arteriale la hipertensivi, crize anginoase la cardiaci sau creșterea glicemiei la diabetici. Există și pacienți care acuză o combinație de depresie, anxietate și simptome somatice.

Pacienții cu afecțiuni severe care le amenință integritatea corporală sau chiar viața prezintă adesea simptome pihopatologice severe.

Un element important de care trebuie să ținem seama îl reprezintă necesitatea aplicării intervenției psihologice după stabilizarea condiției medicale.

Scanned with OKEN Scanner

DiTomasso, Martin și Kovnat (2000, p. 416) dau unele indicații menite să eficientizeze demersul terapeutic al clientului somatic aflat în stare de criză.

1. Formarea alianței terapeutice

După Bordin (1979), Gelso și Carter (1985), alianța terapeutică include următorele elemente:

- acordul cu privire la obiectivele tratamentului;
- acordul referitor la sarcinile din timpul și din afara ședințelor de psihoterapie, sarcini menite să conducă la atingerea obiectivelor;
- legătura emoțională stabilită între terapeut și client.

În absența acestei alianțe, demersul terapeutic eșuează, dezorganizarea psihică și perturbările emoționale ale pacienților aflați în stare de criză accentuându-se în loc să se remită.

2. Realizarea unui demers terapeutic de tip colaborativ

Această abordare este deosebit de importantă în cazul bolnavilor somatici care sunt plasați în cursul procedurilor medicale într-o postură pasivă.

Pacientul somatic va simți un sentiment de ușurare în situația în care își va uni forțele cu un expert în depășirea situației de criză, realizând în același timp faptul că problema sa este rezolvabilă.

3. Promovarea unor factori de natură relațională cum ar fi empatia, înțelegerea și respectul reciproc

Observațiile clinice au evidențiat faptul că pacienții care își percep medicii ca fiind mai empatici, mai înțelegători, mai apropiați și mai grijulii sunt mult mai complianți la tratament, rămân mai mult în spital, se adresează la timp medicului și sunt mai satisfăcuți de modul în care sunt îngrijiți (DiTomasso și Willard, 1991).

Mai mult, una dintre plângerile cele mai frecvente ale bolnavilor somatici se referă la caracterul dezumanizant al practicilor medicale.

Psihoterapeuții cognitiviști sunt însă de părere că relația terapeutică este o condiție necesară dar nu suficientă pentru a se obține progrese în urma terapiei.

Burns și Nolen-Hocksema (1992) au evidențiat faptul că empatia terapeutului aduce o contribuție pozitivă substanțială la rezultatele terapiei cognitiv-comportamentale la pacienții depresivi.

4. Investigarea în detaliu a problemelor pacientului

Terapeutul va trebui să se informeze în timpul interviului clinic asupra naturii, debutului, intensității frecvenței și duratei simptomelor pacientului pentru a-și orienta corect strategia aplicată. Astfel, un pacient depresiv suicidar aflat în criză are nevoie de un alt tip de abordare în comparație cu unul care suferă de atacuri de panică.

5. Identificarea și analizarea factorilor precipitatori ai crizei

Natura evenimentului declanșator va furniza informații importante cu privire la vulnerabilitatea clientului și îl va ajuta pe terapeut să identifice mai ușor schema cognitivă disfuncțională de bază.

Scanned with OKEN Scanner

În cazul în care a avut loc un lanț de evenimente, terapeutul va trebui să identifice natura acestora, ordinea și secvențele temporale.

6. Evidențierea percepției pe care o are pacientul cu privire la eveniment

Terapeutul va întreprinde eforturi pentru a surprinde semnificația pe care o are evenimentul pentru pacient.

Acest lucru se poate realiza în mai multe moduri:

– prin chestionarea directă a pacientului;

– prin evidențierea listei gândurilor negative automate ale pacientului și prin extragerea problematicii comune;

– prin intermediul tehnicii „săgeții veticale" a lui Burns (1980); terapeutul va adresa din aproape în aproape întrebări de tipul: „ce reprezintă aceasta pentru tine?";

– prin intermediul examinării gândurilor automate, a stărilor emoționale și a comportamentelor care decurg din aceasta și prin lansarea unei ipoteze referitoare la schema disfuncțională care se află la baza acestora.

7. Identificarea aspectelor celor mai perturbatoare ale situației problematice

Atunci când aspectele care îl deranjează cel mai mult pe client devin obiective ale intervenției terapeutice, pacientul va percepe strategiile aplicate ca fiind încărcate de sens și se va mobiliza mai eficient pentru colaborare.

8. Examinarea istoriei vieții clientului

Terapeutul va culege informații referitoare la eventualele crize anterioare, la evenimentele care au contribuit la declanșarea acestora, modalitatea în care pacientul a făcut față acestor situații și strategiile care au dat cele mai bune rezultate în trecut. Evidențierea succeselor va contribui la întărirea convingerii clientului cu privire la capacitățile sale de a face față crizei generate de condiția medicală.

9. Evidențierea potențialului suicidar

Mulți pacienți somatici aflați în criză devin demoralizați și lipsiți de speranță.

Cei cu potențial suicidar prezintă una sau mai multe dintre următoarele trăsături: stil rigid de gândire, dificultăți în a-și rezolva problemele, tentative suicidare în antecedente, abuz de alcool sau droguri, impulsivitate, simptome psihotice (halucinații cu caracter imperativ), lipsă de speranță, scăderea elanului vital, reducerea intereselor exterioare și a sentimentului plăcerii, atitudini pasive, lipsa unor suporturi afective, precum și conceperea unor planuri concrete de autodistrugere.

Pentru acești pacienți suicidul reprezintă o modalitate de a scăpa de consecințele negative asociate condiției somatice. Pacienții seropozitivi care suferă deja de SIDA prezintă un risc suicidar ridicat.

Terapeutul clinician trebuie să acorde atenție și unui potențial homicidar care se poate manifesta la astfel de pacienți care au avut acte de violență în antecedente și care pot atribui achiziționarea maladiei unei persoane particulare, manifestând intenția de a se răzbuna.

10. Evidențierea și accentuarea punctelor „tari" ale pacientului

Scanned with OKEN Scanner

Pacientul trebui ajutat să-și conștientizeze resursele și să le utilizeze pentru a depăși situația de criză. O astfel de abordare este total diferită de cea medicală care este focalizată pe aspectele legate de boală.

11. Stabilirea de comun acord a unor obiective realiste

Fiecare ședință de psihoterapie va fi orientată spre atingerea unor obiective specifice și spre rezolvarea unor probleme cu caracter concret. Un astfel de demers va crea clientului sentimentul că terapia are un punct terminus care reprezintă depășirea crizei și va contribui la creșterea motivației acestuia.

12. Facilitarea înțelegerii de către pacient a problemelor sale din perspectiva terapiei cognitiv-comportamentale

Terapeutul va utiliza experiențele clientului pentru a-l ajuta să înțeleagă mai bine de ce reacționează într-un anumit mod. Situația de criză, gândurile negative asociate, stările emoționale și comportamentele vor fi interpretate într-o manieră clară și cocrentă care deschide perspectiva soluționării problemelor apărute.

13. Ajutarea clientului să-și examineze cognițiile cu caracter disfuncțional într-o manieră obiectivă, ca niște ipoteze care trebuie verificate.

14. Evidențierea strategiilor adaptative care au funcționat în trecut

Explorând aceste strategii terapeutul va obține informații referitoare la ce anume a funcționat și la elementele care au condus la eșec, stabilind care dintre acestea are șanse mai mari de a da rezultate pozitive.

15. Ajutarea pacientului să-și înțeleagă problemele într-o manieră realistă, manieră opusă așa-numitei „gândiri pozitive", care nu face decât să ignore sau să minimalizeze problemele.

Clientul va trebui ghidat să aprecieze obiectiv consecințele negative ale afecțiunii somatice și să elaboreze un plan concret de rezolvare de probleme. Negarea sau evitarea acestor consecințe poate genera un stres și mai accentuat și poate pune în pericol chiar viața pacientului.

16. Identificarea obstacolelor care stau în calea demersului de rezolvare de probleme, cum ar fi, de pildă, expectațiile negative ale clientului.

17. Abordarea gradată a sarcinilor

Terapeutul îl va ajuta pe client să fragmenteze un anumit obiecitv în etape posibil de atins, pentru că una dintre particularitățile situației de criză constă în aceea că problema este considerată un tot unitar, imposibil de depășit.

18. Utilizarea repetărilor în pan comportamental

După ce s-a căzut de acord cu privire la strategia care trebuie pusă în acțiune, terapeutul îl va ghida pe client să repete în plan mental ce anume trebuie să întreprindă.

Aceste repetări se referă la antrenamente mentale realizate în stare de relaxare, jocuri de rol sau modelarea unor acțiuni cu întăriri venite de la terapeut.

19. Înlăturarea sau diminuarea influenței factorilor negativi care frânează progresul terapiei

Scanned with OKEN Scanner

Aceştia pot fi factori cognitivi (gânduri şi convingeri negative disfuncţionale) sau obstacole ce ţin de relaţii interpersonale şi care împiedică pacientul să progreseze.

20. Trasarea unor sarcini pentru acasă

Aceste sarcini se stabilesc de comun acord cu clientul şi trebuie astfel construite încât să fie încununate de succes; ele vor stimula activismul pacientului, vor crea o punte de legătură între ceea ce se petrece în timpul şedinţelor de psihoterapie şi între acestea şi vor contribui la construirea unui mod alternativ de a gândi, simţi şi acţiona.

21. Reducerea incertitudinilor

Unul dintre cele mai stresante aspecte întâlnite în practica cu pacienţii somatici îl reprezintă incertitudinea cu privire la condiţia medicală şi posibilele efecte legate de acestea, element care poate conduce la construirea celor mai negative scenarii.

Ajutându-l pe client să-şi clarifice aceste incertitudini, terapeutul îl va conduce apoi treptat să facă faţă diverselor probleme medicale curente.

22. Aplicarea unor strategii de management a stărilor afective negative

Cele mai eficiente s-au dovedit tehnicile de relaxare, hipnoză şi respiraţie controlată cu autosugestie. Acestea reduc tensiunea, supraîncordarea şi anxietatea şi conduc la creşterea încrederii clientului în capacitatea sa de a-şi controla într-o anumită măsură simptomele.

23. Utilizarea suportului psihologic oferit de o experienţă similară

Pacientul va simţi un puternic sentiment de uşurare dacă se va confrunta cu experienţa altei persoane care a trecut printr-o criză asemănătoare şi a depăşit-o cu bine. În cazul în care persoana de sprijin dispune şi de abilităţi de relaţionare interpersonală, rezultatele sunt şi mai bune.

24. Administrarea unor întăriri pozitive pentru progresele obţinute

Terapeutul îl va recompensa pe client prin întăriri verbale pozitive chiar pentru progrese neînsemnate în vederea sporirii motivaţiei acestuia.

25. Automonitorizarea evoluţiei simptomelor

Aceasta se va realiza prin intermediul unor scale generale (de al 0 la 100 sau de la 0 la 10, în care la un capăt se notează absenţa unui simptom, iar la celălalt capăt prezenta foarte accentuată a acestuia).

Scalele vor fi aplicate atât în timpul şedinţelor de psihoterapie, cât şi independent, în afara acestora.

Se recomandă, de asemenea, aplicarea săptămânală a unor inventare de depresie şi anxietate (Back, Hamilton, 1976).

Datele obţinute vor pune în evidenţă succesele intervenţiilor terapeutice, acţionând ca întăriri pozitive pentru eforturile depuse de pacienţi în vederea depăşirii situaţiilor de criză (DiTomasso şi Calameco, 1982).

Scanned with OKEN Scanner

Studiu de caz

O femeie în vârstă de 41 de ani (L.M., traducătoare) a fost trimisă la cabinetul de psihoterapie după ce a suferit o intervenție chirurgicală pentru un melanom malign format în spatele retinei ochiului stâng. În urma intervenției chirurgicale pacienta și-a pierdut ochiul.

Ea a afirmat că a avut unele modificări de vedere cu câteva luni înainte de operație, dar că oftalmologul ei nu a identificat nimic.

Clienta și-a descris stilul adaptativ ca fiind unul de evitare și negare („am lăsat lucrurile așa cum sunt și am mers înainte"), ea adresându-se medicului doar atunci când modificările vizuale au devenit insuportabile.

În urma consultației clienta a fost propusă pentru intervenție chirurgicală de urgență care a avut loc la două zile după consultație. Caracterul brusc al evenimentului a împiedicat-o să-și mobilizeze resursele pentru a face față situației.

Aflată pe masa de operație înaintea anesteziei, pacienta a privit lămpile din plafon și și-a spus ca acesta este ultimul lucru pe care îl va vedea cu ambii ochi.

După externare, clienta a dezvoltat o depresie moderată care s-a accentuat treptat. Ea nutrea și sentimente de culpabilitate legate de faptul că ar fi putut întreprinde ceva pentru a-și salva ochiul.

Deși i s-a aplicat imediat o proteză, clienta a declarat că nu se poate adapta situației, afirmând că imaginea de sine i s-a alterat în mod semnificativ („parcă o jumătate de față nu îmi mai aparține", „nu mă mai simt aceeași persoană").

Depresia a fost însoțită de pierdere ponderală, reducerea intereselor, lipsă de energie, crize de plâns, sentimente de culpabilitate, dificultăți de concentrare a atenției, pierderea sentimentului plăcerii și o stare de anxietate de nivel mediu.

Situația s-a complicat și mai mult datorită faptului că înainte de intervenția chirurgicală, întreprinderea la care lucra ca traducătoare a intrat în faliment, clienta pierzându-și serviciul.

Medicul psihiatru a prescris medicație antidepresivă.

Interviul clinic a relevat faptul că pacienta a fost copil unic, crescut de o mamă pisăloagă și hiperprotectoare și de un tată cu care se înțelegea bine, dar care era rece și lipsit de afecțiune.

Ea avea o relație cu un bărbat căsătorit, relație care dura de aproximativ 8 ani.

În momentul în care clienta a avut nevoie de ajutor, partenerul nu a fost capabil să i-l ofere, clienta conștientizând faptul că nu ocupa un loc important în viața acestuia.

După operație, mama ei a încercat s-o determine să devină și mai dependentă, ceea ce a iritat-o și mai mult.

Temerile pacientei erau legate de faptul că procesul tumoral se va transfera și la celălalt ochi și că va muri de cancer.

Tendințele ei perfecționiste îi produceau un stres suplimentar pentru că nu dorea să fie privită ca o persoană fără un ochi și din acest motiv a solicitat o opera-

Scanned with OKEN Scanner

ție estetică pentru ca proteza oculară să arate cât mai natural. Această intervenție nu a făcut decât să-i accentueze depresia și anxietatea, evocând amintiri legate de prima intervenție.

Clienta a trăit câteva momente cumplite în care proteza oculară s-a mișcat și ea a observat o reacție emoțională negativă din partea altor persoane.

De asemenea, ea s-a simțit frustrată și de modul în care s-a comportat cu ea medicul chirurg care n-a tratat-o ca pe o ființă omenească ci ca pe un „melanom", afirmând că înlăturarea ochiului reprezintă o intervenție chirurgicală minoră care nu necesită decât spitalizare de două zile. După părerea pacientei, dacă această afirmație ar fi fost adevărată, ea s-ar fi refăcut mult mai repede.

Terapeutul și-a dat seama de faptul că pacienta nu a fost suficient informată în legătură cu diversele aspecte ale bolii și din acest motiv a dezvoltat expectații nerealiste care, dacă nu au fost îndeplinite, au condus la accentuarea depresiei.

Intervenția terapeutică a fost de tip cognitiv-comportamental.

Terapeutul a acordat o atenție specială formării alianței terapeutice cu clienta a cărei nevoie de independență a împiedicat-o să solicite sprijin de la cei din jur.

Obiectivul terapiei a fost clar formulat și a constat în ajutarea ei să depășească o situație extrem de traumatizantă.

Una dintre problemele ce a necesitat rezolvare a fost tendința mamei de a profita de această situație și de a o face și mai dependentă.

Terapeutul a accentuat faptul că pacienta era o persoană cu multiple resurse care o puteau ajuta să-și rezolve problema.

Deși inventarul de depresie Beck a evidențiat o depresie moderată, clienta nu era total lipsită de speranță și nu prezenta un risc suicidar.

Deși stilul adaptativ al clientei era unul de negare, situația în care se afla în momentul prezent era destul de dificil de negat sau ignorat datorită consecințelor evidente care se manifestau în viața cotidiană.

Întrebarea „ce dovadă am că nu mă voi putea adapta acestei situații?" s-a dovedit extrem de utilă în demersul de modificare a dispoziției ei afective.

Un accent deosebit a fost pus pe dezvoltarea unor abilități de a face față problemelor existente și anume adaptarea la vederea monooculară, dezvoltarea unui comportament asertiv față de mama sa și solicitarea sprijinului din partea unei verișoare necăsătorite.

Terapeutul a subliniat în mod realist consecințele condiției medicale actuale și a ajutat-o să culeagă cât mai multe informații care să o ajute să se adapteze situației.

Temele pentru acasă au avut drept scop câștigarea unui mai bun autocontrol asupra propriei existențe.

În mod concret i s-a cerut să solicite sprijin verișoarei și prietenului, să-și impună punctul de vedere în fața mamei, să discute cu prietenii situația ei și să solicite mai multe informații de la medicul ei curant, pentru a scăpa de anumite incertitudini.

Scanned with OKEN Scanner

În cadrul ședințelor de psihoterapie, pacienta a învățat o tehnică de relaxare cu sugestii țintite de întărire a ego-ului, precum și tehnica imaginației dirijate în care s-a vizualizat pe sine în viitor sănătoasă, făcând față cu bine situației în care se afla.

Au fost exersate, de asemenea, la nivel de joc de rol, modalitățile mai eficiente de realizare a sarcinilor pentru acasă.

Convingerea legată de faptul că nu va face față situației a fost înlocuită cu una mai realistă: „ceea ce mă determina până acum să fiu disperată, nu mă mai tulbură chiar atât de mult; cred că pot să supraviețuiesc și cu un singur ochi".

În finalul terapiei pacienta a exprimat convingerea că „în viață se întâmplă și lucruri mai rele cărora trebuie să fiu pregătită să le fac față".

Scorurile la scalele de depresie și anxietate au revenit și ele aproape la normal.

După câteva luni, clienta și-a găsit un loc de muncă la o firmă de vânzări de medicamente. Între timp ea a continuat să primească tratament de la medicul specialist pentru a se evita apariția unor metastaze.

După 5 ani de la intervenția terapeutică pacienta se afla în stare bună atât sub aspect medical, cât și psihologic și era bine integrată social.

Consilierea și terapia cognitiv-comportamentală bazată pe rezolvarea de probleme la pacienți cu tulburări psihice diagnosticați de medicul de familie

D'Zurilla și Goldfried (1971) au pus la punct un demers terapeutic de rezolvare de probleme pentru pacienții cu tulburări psihice, diagnosticați de medicul de familie.

Goldberg și Huxley (1980) au investigat un lot de 88 de pacienți care s-au adresat medicului generalist pentru următoarele tipuri de probleme:

- anxietate și îngrijorare (82);
- dispoziție tristă (71);
- oboseală cronică (71);
- simptome somatice (52);
- tulburări de somn (50);
- iritabilitate (38);
- preocupări de tip hipocondriac (27);
- idei cu conținut depresiv asociate cu dificultăți de concentrare a atenției (27);
- obsesii și comportamente cu caracter compulsiv (19);
- fobii (11);

– depersonalizare (6).

Autorii menționați precum și alte colective de cercetare de la Universitatea Oxford din Marea Britanie și-au propus să studieze în ce măsură un tratament psihologic de scurtă durată poate înlocui tratamentul psihiatric medicamentos.

Gath și Mynors-Wallis (1999) realizează o trecere în revistă a principalelor studii de acest tip.

În cadrul primului studiu Catalan et al. (1984 a,b) și-au propus să verifice dacă medicația anxiolitică poate fi stopată fără a avea consecințe negative asupra pacienților.

Pentru a verifica ipoteza conform căreia tratamentul cu anxiolitice ar putea fi eliminat fără a avea loc efecte negative au fost comparate două loturi de pacienți, unul care a primit medicație anxiolitică și altul la care a fost aplicat un program de consiliere cognitiv-comportamentală realizată de către medici de familie.

La selectarea subiecților s-a ținut seama de faptul că aceștia prezentau tulburări anxioase aflate la debut, pentru care în mod normal ar fi trebuit administrate tranchilizante și nu au urmat nici un fel de tratament psihiatric în ultimele trei luni.

Pacienții au fost distribuiți în mod aleator într-unul dintre cele două grupuri.

Primului grup i se administrau benzodiazepine (de regulă, Diazepam), iar cel de-al doilea grup a fost supus unui program de consiliere psihologică în patru etape:

– ascultarea pacientului și evaluarea simptomelor;
– explicarea naturii simptomelor;
– asigurări oferite pacienților;
– sfătuire-consiliere.

O consultație a durat în medie 10,5 minute pentru grupul tratat medicamentos și 12 minute pentru pacienții din cadrul grupului de consiliere.

Numărul mediu de consultații într-un interval de 6 luni a fost de 4,6 pentru pacienții care primeau medicamente și 4,5 pentru cei tratați psihologic.

Autorii studiului menționează faptul că medicii de familie nu au beneficiat de o instruire specială în domeniul consilierii psihologice.

Evaluarea stării psihice a pacienților a avut loc în cadrul consultației inițiale, după o lună și după șapte luni.

Evaluarea a fost realizată pe baza automonitorizării efectuate de către pacienți, precum și cu ajutorul unor experți evaluatori, urmărindu-se răspunsul la următoarele întrebări:

1. eliminarea medicației anxiolitice înrăutățește starea psihică a a pacienților;
2. conduce la creșterea consumului de alcool, tutun sau medicamente neprescrise de medic;
3. îi determină pe pacienți să se adreseze într-o mai mare măsură medicului de familie;
4. creează insatisfacții pacienților.

Rezultatele obținute au evidențiat următoarele aspecte:

Scanned with OKEN Scanner

– a ambele loturi de subiecți s-au constatat ameliorări semnificative ale simptomatologiei clinice, fără diferențe între lotul tratat cu medicamente și cel care a beneficiat de consiliere psihologică.

Rezultatele au fost obținute în urma aplicării următoarelor probe: Chestionarul Stării Prezente (PES) (Wing et al., 1974); Profilul Stărilor Dispoziționale (McNair și Lorr, 1964); Scala modificată a adaptării sociale (Cooper et al., 1982), precum și prin intermediul autoevaluării satisfacției obținute în urma tratamentului;

– după eliminarea anxioliticelor nu s-a înregistrat creșterea consumului de alcool, tutun sau medicamente neprescrise;

– eliminarea tratamentului psihiatric nu a condus la creșterea solicitărilor clienților față de medicul de familie nici sub aspectul frecvenței, nici sub cel al duratei unei consultații;

– eliminarea medicației anxiolitice nu a produs nici un fel de insatisfacție pacienților.

Concluzia care se degajă în urma acestui studiu este că, în cazul tratamentului tulburărilor emoționale, medicația anxiolitică nu s-a dovedit mai eficientă comparativ cu tehnicile de consiliere de scurtă durată aplicate de medicul de familie în timpul consultației obișnuite (Caplan et al., 1984a, 1984b).

În cadrul ambelor loturi a rămas însă un număr de pacienți care nu au înregistrat nici un fel de ameliorare în următoarele șase luni, procentul acestora fiind de aproximativ 30%. Acești subiecți au făcut obiectul unui alt studiu, ei fiind considerați pacienți cu prognostic rezervat.

În cazul acestora s-a optat pentru un demers psihoterapeutic bazat pe rezolvare de probleme care include următoarele aspecte:

1. Evaluarea simptomelor și a problemelor practice și sociale pe care le prezintă pacienții.

2. Furnizarea unor explicații în legătură cu cauzele și modul de apariție a tulburărilor emoționale.

3. Asigurarea pacienților de faptul că demersul de rezolvare de probleme va fi adecvat și eficient pentru reducerea simptomelor.

4. Aplicarea strategiei de rezolvare de probleme în mai multe etape:

- problemele clientului sunt definite clar și în detaliu;
- pentru rezolvarea fiecărei probleme sunt identificate unul sau mai multe obiective posibil de atins;
- clientul este solicitat să genereze cât mai multe soluții posibile pentru fiecare problemă;
- clientul va opta pentru soluția cea mai adecvată;
- clientul împreună cu terapeutul vor elabora un plan de acțiune care trebuie implementat în practică până la ședința viitoare de terapie;
- în următoarea ședință sunt evaluate progresele obținute.

Demersul terapeutic s-a desfășurat pe parcursul a patru ședințe de psihoterapie timp de șase săptămâni.

Scanned with OKEN Scanner

Prezentăm în cele ce urmează planul desfășurat pentru cele 4 ședințe de psihoterapie (Gath și Mynors-Wallis, 1999, p. 425).

Etapele demersului terapeutic

Etapa 1: Explicarea tratamentului și mecanismelor după care funcționează acesta.

Etapa 2: Clarificarea și definirea problemelor.

Se realizează o listă de probleme prezentate într-o formă explicită clară și concretă și se fragmentează fiecare problemă în părțile sale componente care pot fi gestionate.

Etapa 3: Selecționarea unor obiective posibil de atins.

Se identifică obiective de scurtă durată (până la viitoarea ședință de psihoterapie) și de lungă durată pentru întreg demersul terapeutic.

Etapa 4: Generarea unor soluții

Se realizează prin intermediul unor strategii de tip brainstorming.

Etapa 5: Opțiunea pentru soluția preferată.

Etapa 6: Implementarea în practică a soluției preferate

Fiecare etapă necesară implementării soluției preferate va fi definită cu precizie.

Terapeutul și pacientul vor cădea de acord în legătură cu stabilirea unor sarcini care trebuie duse la îndeplinire până la viitoarea ședință de psihoterapie.

Etapa 7: Evaluarea

Pacientul împreună cu terapeutul vor evalua succesele sau eșecurile înregistrate în îndeplinirea temelor pentru acasă.

Ședința nr. 1

Obiective:

- Realizarea unei liste care să cuprindă simptomele și problemele clientului și identificarea legăturilor dintre acestea;
- Explicarea principiilor și modului de funcționare a terapiei bazate pe demersul de rezolvare de probleme;
- Exemplificarea stadiilor demersului de rezolvare de probleme, pornind de la o problemă concretă a clientului.

În cadrul primei ședințe de terapie, cel mai important element îl reprezintă motivarea pacientului să participe la terapie. Aceasta se realizează datorită faptului că pacientul s-a convins că terapeutul l-a ascultat, a înțeles natura dificultăților sale și pornind de la ceea ce a înțeles a explicat clar și în cuvinte simple modul în care funcționează demersul de rezolvare de probleme.

Stadiul 1: Explicarea tratamentului și a modului în care acționează acesta

Acest stadiu cuprinde două etape:

Scanned with OKEN Scanner

(1) Identificarea simptomelor emoționale

Terapeutul va realiza o listă a tuturor problemelor emoționale ale clientului: dispoziție proastă, plâns facil, pierderea sentimentului plăcerii, îngrijorare, lipsă de speranță, dificultăți de concentrare a atenției, iritabilitate.

Cele mai răspândite simptome fiziologice sunt: oscilații ale apetitului, fatigabilitate, tulburări de somn, cefalee, dureri nespecifice etc.

(2) Identificarea problemelor în sfera relațională, în activitatea profesională, probleme financiare, în gospodărie, cu sănătatea, în timpul liber.

(3) Acceptarea legăturii dintre probleme și tulburările emoționale

Clientul trebuie ajutat să înțeleagă faptul că simptomele reprezintă reacții emoționale la problemele sale.

Terapeutul îi va explica faptul că dacă își va rezolva problemele în timpul terapiei simptomele se vor remite.

Deși nu trebuie încurajate expectațiile nerealiste, o notă de optimism va avea efect motivator asupra clientului.

Terapeutul va sublinia faptul că pacientul va juca un rol activ în timpul terapiei.

Stadiul al doilea: Clarificarea și definirea problemelor

Include două etape:

(1) Terapeutul va alege o problemă specifică de importanță deosebită pentru client și care se potrivește pentru exemplificarea demersului rezolutiv. Problema respectivă trebuie definită cât mai clar posibil, în raport cu răspunsurile la următoarele întrebări:

- Care este (în ce constă) problema?
- Când a apărut problema?
- Unde se manifestă problema?
- Cine este implicat în producerea ei?

(2) Fragmentarea unor probleme complexe în părți componente care pot fi gestionate

De regulă clienții prezintă mai multe probleme legate între ele.

Terapeutul împreună cu clientul vor examina cu atenție problemele și vor alege una sau două dintre acestea care se pretează la o abordare inițială. De pildă, o pacientă casnică va afirma că are probleme în familie. La o investigație mai atentă se va constata că de fapt există mai multe probleme: ea este deranjată pentru că soțul cu prietenii aproape în fiecare seară, mama ei o critică pentru că nu este o bună gospodină, iar pacienta trebuie să-și întrețină sora la facultate.

Stadiul al 3-lea

Selectarea unor obiective posibil de atins

La selectarea acestora trebuie să se țină seama de echilibrul dintre resursele clientului și obstacolele care stau în calea atingerii obiectivelor.

Scanned with OKEN Scanner

Resursele personale se pot referi la:

- Forța ego-ului (trăsături pozitive de personalitate);
- Nivel educațional; hobby-uri; resurse sociale și financiare;
- Suportul oferit de alte persoane: soț, rude, prieteni sau persoane specializate (preot, asistent social, psiholog);
- Grupuri suportive (de prieteni, colegi de serviciu, de cenaclu literar, participanți la activități sportive etc.).

Este important ca pacientul să obțină rezultate rapide chiar de la începutul terapiei. Din acest motiv trebuie identificate obiective pe termen scurt care pot fi atinse până la ședința viitoare de terapie. Obiectivele pe termen mediu vor fi atinse în cursul următoarelor ședințe de terapie.

Stadiul al 4-lea

Generarea unor soluții posibile

Odată stabilit un obiectiv posibil de atins, clientului i se cere să genereze cât mai multe soluții pentru atingerea acestuia. Aceste soluții nu trebuie evaluate chiar dacă par absurde sau nepotrivite.

Stadiul al 5-lea

Selectarea soluției preferate

Terapeutul îl va încuraja pe client să realizeze liste cu argumente pro și contra fiecărei soluții generate.

I se poate cere acestuia să alcătuiască respectivele liste în cadrul unor sarcini pentru acasă.

Va fi selectată acea soluție care va conduce la atingerea obiectivului cu minimum de dezavantaje posibile.

Mulți clienți cu tulburări emoționale consideră că acest stadiu este cel mai dificil de realizat, ei ruminând soluțiile posibile, fără a se putea decide pentru una din ele.

Stadiul al 6-lea

Implementarea în practică a soluției alese

Este important să nu se forțeze acest stadiu pentru că pacientul poate să nu fie convins de faptul că a ales soluția cea mai potrivită.

Etapele demersului de implementare a soluției trebuie, la rândul lor, fragmentate în pași mici, ca în exemplul de mai jos:

Soluție preferată: Angajarea cu o jumătate de normă.

Etape:

(a) să meargă la firma la care lucrează un prieten și să stea de vorbă cu funcționarul de la resurse umane;

(b) să urmărească în ziar ofertele de serviciu;

Scanned with OKEN Scanner

(c) să trimită CV-uri pe Internet la mai multe adrese.

Clientului trebuie să-i fie trasate sarcini foarte clare pe care trebuie să le îndeplinească până la următoarea ședință de psihoterapie.

Prima ședință de psihoterapie se va încheia cu următoarele mesaje cu caracter concluziv:

- simptomele sunt generate de probleme;
- dacă problemele vor fi rezolvate, simptomele vor dispărea;
- până la ședința viitoare trebuie duse la îndeplinire o serie de sarcini pentru acasă.

Înainte de încheiere a ședinței de terapie clientului i se acordă un anumit timp pentru a adresa întrebări.

Ședința a doua

Va coincide cu stadiul al 7-lea: evaluarea. La începutul acestei ședințe, precum și al celor care urmează, trebuie evaluate progresele realizate de pacient.

Terapeutul va discuta cu acesta cu privire la dificultățile întâmpinate ținând seama de faptul că pacientul are tendința de a se orienta selectiv asupra eșecurilor. Este important să fie apreciate toate succesele, indiferent cât de mici sunt acestea.

În cazul în care apar dificultăți sau obstacole, trebuie identificate cauzele care le-au generat în funcție de răspunsurile la următoarele întrebări:

- A fost obiectivul definit suficient de clar?
- Au obiectivele un caracter nerealist?
- Au apărut noi piedici pe parcurs?
- Etapele demersului de implemenatre a soluției sunt dificil de urmat? Dacă da, de ce?

În cazul în care prima problemă selecționată s-a dovedit prea dificilă, trebuie aleasă o alta.

Acest lucru nu înseamnă că prima problemă nu este importantă, însă rezolvând o altă problemă mai simplă clientul va recâștiga un anumit autocontrol asupra existenței sale și va putea ulterior să revină la problema inițială.

În cazul în care clientul nu a îndeplinit sarcinile pentru acasă, este posibil ca acesta să nu fi înțeles ce anume se cere de la el.

Terapeutul va trebui, de asemenea, să explice faptul că progresele obținute între ședințele de terapie sunt mai importante decât cele realizate în timpul unei ședințe.

După evaluarea progreselor, restul timpului va fi dedicat planificării unor noi sarcini pentru acasă, sarcini ce vor trebui duse la îndeplinire până la ședința viitoare. Aceste sarcini vor trebui să se refere la problema aleasă sau la o nouă problemă.

Ședința a treia (și următoarele)

Clientul împreună cu terapeutul vor reevalua problema inițială și vor înregistra progresele obținute.

Scanned with OKEN Scanner

Se va stabili dacă se va continua lucrul asupra problemei inițiale sau se va trece la o nouă problemă.

În această etapă clientul se va concentra asupra unor obiective intermediare în vederea atingerii obiectivului final. Astfel, dacă obiectivul final constă în găsirea unui loc de muncă, obiectivele intermediare pot fi:

- culegerea de informații în legătură cu posturile oferite și calificarea necesară pentru a le ocupa;
- trimiterea unor CV-uri la diverse adrese;
- participarea la interviuri.

În cadrul primei ședințe de terapie, i se va explica pacientului faptul că tratamentul va cuprinde un număr limitat de ședințe care se vor întinde pe un număr de săptămâni.

Într-una din ședințele viitoare, terapeutul va explica faptul că demersul de rezolvare de probleme va putea fi aplicat nu numai problemelor curente, ci și unor probleme viitoare.

Este util să se exerseze împreună cu clientul acest demers asupra unor probleme ipotetice. În penultima ședință de psihoterapie este indicată revizuirea listei inițiale de probleme pentru identificarea acelora care vor trebui rezolvate în cadrul întâlnirii finale. Ședințele de la finalul demersului terapeutic pot fi mai scurte decât cele inițiale. De asemenea, în decursul ședințelor finale terapeutul va juca un rol mai puțin activ și acest lucru va fi subliniat în prezența clientului.

În cazul în care demersul terapeutic va fi încununat de succes, clientul va fi convins că a contribuit la vindecarea sa utilizând metode simple, bazate pe simțul comun.

Așa cum am subliniat mai sus, programul de rezolvare de probleme a fost aplicat pacienților cu prognostic rezervat, care nu au înregistrat progrese în urma demersului inițial de consiliere psihologică. Acest program a fost aplicat de către un medic psihiatru.

S-au selecționat 47 de pacienți cu prognostic rezervat, dintre care 21 au fost supuși demersului de rezolvare de probleme și 26 au fost tratați medicamentos de către medicul de familie (Catalan et al, 1991).

Aceștia au fost evaluați la 4, 21 și 28 de săptămâni de la evaluarea inițială realizată de medicul de familie.

După 7 săptămâni ambele loturi de subiecți au obținut progrese semnificative, reducerea scorurilor la simptomele psihopatologice fiind mult mai accentuată la cei tratați psihoterapeutic comparativ cu cei care au primit medicație prihiatrică.

După 28 de săptămâni reducerea scorurilor la simptomele psihopatologice a fost semnificativ mai mare la grupul care a fost supus demersului de rezolvare de probleme față de grupul martor.

Concluzia care se degajă în urma acestui studiu este că utilizarea unui demers terapeutic de scurtă durată bazat pe rezolvarea de probleme, sub conducerea unui specialist (psihiatru, psiholog) reprezintă un tratament eficient pentru pacienții cu tulburări emoționale de tip nevrotic.

Scanned with OKEN Scanner

X. Intervenţia cognitiv-comportamentală în cazul victimelor abuzurilor sexuale suferite în copilărie

Ana Hope Heflin, Ester Deblinger şi Craig Fisher (2000) sunt de părere că incidenţa tulburărilor psihopatologice datorate unor abuzuri sexuale petrecute în copilărie este mult mai mare decât se crede şi cu toate acestea există relativ puţine programe de sănătate mentală care să-i înveţe pe specialişti cum să identifice, să evalueze şi să intervină în astfel de cazuri.

În anul 1993 a fost realizat în Statele Unite un studiu amplu referitor la incidenţa abuzurilor şi neglijării copilului („The Third National Study of Chlid Abuse and Neglect – NIS - 3"), studiu în urma căruia a rezultat că un procent de 4,5 la mie dintre copii au suferit astfel de traume (Sedlack şi Broadhurt, 1996).

Heflin, Deblinger şi Fisher (2000) consideră că acest procent este mult mai mare în realitate, cifrele referindu-se doar la cazurile diagnosticate ca atare.

Finkelhor, Hotaling, Lewis şi Smith (1990) au realizat, la rândul lor, un studiu din care a rezultat că 27% dintre femeile adulte care au contactat telefonic un terapeut pentru consiliere psihologică şi 16% dintre bărbaţi au raportat faptul că au fost agresaţi sexual înainte de vârsta de 18 ani.

De asemenea, Elliot şi Briere (1992), în urma aplicării unui chestionar pe un eşantion statificat de femei angajate de pe teritoriul Statelor Unite, au constatat că un procent de 26,9% dintre persoanele intevievate au raportat faptul că au suferit abuzuri sexuale înainte de vârsta de 16 ani.

McCoy şi Finkelhor (1995) au investigat şi ei un eşantion reprezentativ de copii şi adolescenţi cu vârsta cuprinsă între 10 şi 16 ani şi au constatat că un procent de 15,3% fete şi 5,9% băieţi au fost victime ale unor agresiuni sexuale.

Datele contradictorii rezultate în urma diverselor studii pledează pentru aprofundarea acestora în vederea identificării şi prevenirii producerii unor astfel de traume, precum şi a reducerii consecinţelor pe termen lung a stresului provocat de astfel de agresiuni.

Scanned with OKEN Scanner

Alte studii evidenţiază faptul că victimele agresiunilor de natură sexuală sunt afectate în mod diferit de cele petrecute.

Deşi nu a fost identificat un sindrom specific datorat unor abuzuri sexuale timpurii (Beichman et al., 1992; Finkelhor, 1993; Kendall-Tackett, Williams), totuşi la majoritatea victimelor efectele nu se lasă aşteptate. La unii clienţi acestea sunt minimale, însă alţii dezvoltă o simptomatologie severă care include simptome psihopatologice, psihiatrice şi/sau tulburări de comportament, cum ar fi: agresivitate, comportament hipersexualizat în copilărie şi disfuncţii sexuale la vârsta adultă, abuz de substanţe psihoactive (alcool, droguri), depresie majoră, tendinţe suicidare, tulburări anxioase şi simptome specifice tulburării post-traumatice de stres (PTSD) (Beichman et al., 1992; Boney McCoy şi Finkehor, 1995; Brierre şi Elliot, 1994; Kendall-Tackett, Williams şi Finkehor, 1993; McLeer, Deblinger, Henry şi Orsaschel, 1992; Neumann, Housekamp, Pollock şi Brierre, 1996).

Studiile clinice au evidenţiat şi faptul că la majoritatea acestor subiecţi apar sentimente de culpabilitate nejustificate, sentimentul că sunt diferiţi de ceilalţi oameni, un nivel scăzut al încrederii interpersonale, convingerea că lumea este un loc periculos, atitudini negative faţă de sexualitate, precum şi o imagine corporală cu conţinut negativ (Cohen, Deblinge, Maedel şi Stauffer, 1999; Heflin, Mears, Deblinger şi Steer, 1997; Mannarino şi Cohen, 1996).

S-a constatat, de asemenea, că severitatea simptomelor este mai accentuată în cazul în care persoana care a comis abuzul s-a aflat într-o relaţie apropiată cu victima (Beichman et al., 1992; Briere şi Runz, 1988; Kendall-Tackett, Williams şi Finkelhor, 1993; Wyatt şi Newcomb, 1990), când a fost utilizată violenţa sau ameninţarea cu forţa, precum şi în cazul în care durata şi frecvenţa abuzurilor este mai ridicată (Kendell-Tackett, Williams şi Finkelhor, 1993; Steel, Wilson, Cross şi Whipple, 1996).

În acelaşi timp, suportul afectiv oferit de un părinte protector după dezvăluirea abuzului a fost identificat ca o variabilă care conduce la diminuarea severităţii simptomelor, precum şi la o mai bună adaptare a copilului (Fiering, Taska şi Lewis, 1998), în timp ce conflictele din cadrul familiei generează în mod frecvent tulburări de comportament la pacienţii traumatizaţi.

În cele mai multe cazuri, dezvăluirea abuzului comis asupra copilului produce o criză puternică pentru copil şi familie, reprezentând în acelaşi timp un punct de plecare pentru depăşirea sentimentelor de ruşine care conduc la tendinţa de a păstra secretul şi pentru începerea demersului de consiliere şi terapie.

Studiile au evidenţiat şi faptul că terapeuţii consilieri care au fost instruiţi special să investigheze problematica specifică a posibilelor abuzuri comise asupra copiilor, au raportat un procent mai mare de pacienţi psihiatrici care afirmau că au fost victime ale unor astfel de agresiuni (Briere şi Zaicli, 1993; Lanktree, Briere şi Zaicli, 1991).

Scanned with OKEN Scanner

Aceste date pledează pentru intervievarea directă în legătură cu această problematică în vederea formulării diagnosticului, elaborării planurilor de terapie, precum şi a prevenirii apariţiei unor astfel de cazuri.

Cu toate acestea, identificarea persoanelor care au comis abuzurile este relativ dificil de realizat, deoarece multe dintre acestea sunt persoane aparent respectabile, cu un statut cultural şi economic ridicat, care au succes în plan social şi profesional.

O altă problemă care trebuie luată în considerare este prejudecata conform căreia abuzul sexual timpuriu ar avea un impact mai redus asupra băieţilor comparativ cu fetele, prejudecată infirmată de studii clinice (Beichman et al., 1992; Boney McCoy şi Finkelhor, 1995; Jumper, 1995; Kendall-Tackett, Williams şi Finkelhor, 1993).

De asemenea, se consideră că unele mame sunt dispuse să declare în instanţă posibile abuzuri sexuale asupra copiilor pentru a obţine custodia acestora în urma divorţului (Humphreys, 1997).

În pofida unor astfel de mărturii false, terapeutul consilier va trebui să trateze cu seriozitate şi simţ de răspundere aceste cazuri. Nu trebuie ignorată posibilitatea ca unii terapeuţi, mai ales cei care sunt specializaţi în hipnoză clinică, să sugereze clienţilor lor false amintiri legate de posibile abuzuri timpurii.

Din acest motiv, pentru a-şi menţine obiectivitatea terapeutul consilier va trebui să reia din când în când analiza personală pentru a-şi revizui propriile atitudini şi prejudecăţi. Deşi rareori în momentul dezvăluirii unui abuz sexual comis asupra unui copil sunt identificabile şi simptomele fiziologice specifice acestuia: leziuni în zona genitală sau anală, boli cu transmitere sexuală sau reziduri de lichid seminal, majoritatea victimelor prezintă anxietate accentuată, panică, tendinţă de retragere, conduite regresive, tulburări de comportament şi dificultăţi şcolare, simptome care apar însă şi la copiii care au suferit alte tipuri de traume.

Kendall-Tackett, Williams şi Finkelhor (1993) au constatat, în urma trecerii în revistă a literaturii de specialitate, faptul că subiecţii copii care au suferit abuzuri sexuale nu prezintă mai multe simptoame decât alţi copii, cu excepţia intensităţii tulburărilor post-traumatice de stres precum şi a prezenţei unor conduite erotizate.

Trebuie subliniat însă faptul că sindromul post-traumatic de stres (PTSD) este comun unui număr însemnat de experienţe traumatizante din copilărie, diferenţa constând în conţinutul reacţiilor care pot oferi indicaţii cu privire la natura traumei. Astfel, copiii abuzaţi sexual prezintă o anxietate accentuată la stimuli care ar putea sugera abuzul: să se dezbrace, să facă baie sau atunci când sunt îmbrăţişaţi. (Una dintre clientele noastre, o fetiţă în vârstă de 12 ani, care prezenta tulburări de comportament şi eşec şcolar, refuza să se culce dacă nu era îmbrăcată cu mai multe rânduri de lenjerie intimă.)

De asemenea, comportamentele sexuale care nu sunt specifice vârstei copilului şi curiozităţii sale firesti (activitate sexuală orală, anală sau tentativele de pene-

Scanned with OKEN Scanner

trare vaginală), pot reprezenta semne ale unui posibil abuz în antecedente. Terapeutul consilier trebuie însă să aibă în vedere și posibile explicații alternative ale unor astfel de comportamente, cum ar fi surprinderea unui act sexual al adulților sau vizionarea de materiale pornografice.

Deși aceste simptome și comportamente pot reprezenta un indiciu legat de un posibil abuz, hotărâtoare este mărturia copilului.

Cu toate acestea, mulți copii victime ale unor abuzuri sexuale sunt tentați să păstreze tăcerea (chiar și la vârsta adultă) din motive diverse cum ar fi: amenințări fizice și verbale din partea agresorului, sentimentele de culpabilitate și rușine, teama că nimeni nu îi va crede, teama că familia se va destrăma sau dorința de a proteja agresorul de rigorile legii.

Observațiile clinice au evidențiat faptul că dezvăluirea reprezintă un demers complex și sinuos care include afirmații, revelații, urmate de negări și retractări succesive (Nagel, Pulnam și Noll, 1997).

Unele dintre aceste tentative de dezvăluire pot avea loc în mod accidental ca urmare a unui control medical, în urmă mărturiei unui frate ca urmare a confesiunii agresorului sau în urma unor emisiuni televizate pe teme de educație sexuală.

S-a constatat că dezvăluirile spontane sunt realizate de copii mai mici, în timp ce cele cu caracter deliberat aparțin unor copii mai mari sau a subiecților ajunși la vârsta adultă.

Studiile au evidențiat și faptul că în unele cazuri, chiar dacă există dovezi evidente cu privire la existența abuzului, un anumit procent dintre subiecții copii, dar și adulți vor continua să nege faptul că acesta s-ar fi produs.

Evaluarea psihologică a cazurilor de abuzuri sexuale asupra copiilor

Interviul de evaluare va fi realizat de către un specialist în psihologia copilului, specialist care nu a mai lucrat înainte cu copilul sau familia, în vederea menținerii unui grad sporit de obiectivitate.

Se vor realiza și interviuri cu părinții (nu cu părintele sau ruda implicată în producerea abuzului), frații sau alte persoane semnificative din anturajul victimei. Se vor utiliza, de asemenea, situații de joc cu păpuși cu detalii anatomice, planșe sau teste proiective. În cazul în care demersul terapeutic sau de consiliere se adresează unui adolescent sau adult, victima unui abuz sexual timpuriu, se vor utiliza tehnici de evaluare specifice vârstei.

Terapeutul consilier care a constatat faptul că simptomatologia copilului se datorează unui abuz sexual, va întreprinde demersuri pentru a ajuta copilul și familia să depășească momentul de criză.

În cazul în care copilul relatează terapeutului despre psihotrauma prin care a trecut, acesta din urmă va trebui să-l abordeze într-o manieră caldă și suportivă de tipul următor:

Scanned with OKEN Scanner

„Îmi pare bine că mi-ai vorbit despre asta. Uneori este greu să povestești asemenea lucruri iar tu te-ai dovedit foarte curajoasă pentru că te-ai hotărât să-mi spui...".

În etapele inițiale ale interviului terapeutul va evita să solicite prea multe detalii cu privire la eveniment, întrebările fiind adresate într-o manieră non-directivă, pentru a nu sugera un anumit tip de răspuns, ca de pildă: „Poți să-mi povestești ceva mai mult despre cele întâmplate?".

Este important ca subiectul să fie informat în legătură cu faptul că și alte persoane vor trebui să afle ce anume s-a petrecut. („Va trebui să discutăm și cu alte persoane care să te ajute să treci peste această încercare" sau „o să stau aici atunci când îi vei povesti mamei ceea ce mi-a povestit mie, dacă vrei să faci asta.")

În cazul în care copilul își exprimă teama legată de reacția părintelui care nu l-a maltratat, terapeutul consilier se poate oferi să vorbească înainte cu părintele respectiv. În felul acesta, părintele va putea să depășească într-o oarecare măsură șocul emoțional produs de aflarea veștii, redobândindu-și măcar parțial capacitatea de a răspunde nevoilor emoționale ale copilului traumatizat.

În cazul în care părintele neimplicat în comiterea abuzului se manifestă nesuportiv, refuzând să dea crezare relatărilor copilului, se va evita punerea acestora față în față pentru discutarea situației, deoarece manifestarea neîncrederii din partea părintelui va bloca dezvăluirile viitoare. Abordarea într-o manieră calmă suportivă din partea terapeutului consilier îl va convinge pe copil de faptul că este crezut, că nu este nici un pericol dacă își împărtășește experiențele precum și de faptul că acesta nu va fi criticat sau blamat.

Terapeutul consilier va furniza părintelui neimplicat în comiterea abuzului o serie de tehnici cognitive menite să-l ajute pe acesta în controlarea propriilor sale reacții emoționale. Astfel, părintele neimplicat poate nutri sentimente de vinovăție deoarece nu a fost capabil să recunoască semnele care evidențiază prezența abuzului sexual asupra copilului lor. Terapeutul va explica părintelui respectiv că nu există un profil psihologic tipic al persoanei care poate comite abuzuri sexuale asupra copiilor și ca atare sunt greu de identificat simptomele comiterii acestuia.

În continuare, părintele va fi învățat să-și modifice gândurile negative disfuncționale de tipul: „este numai vina mea pentru că ar fi trebuit să-mi dau seama ce individ pervers este acel antrenor", cu altele mai raționale: „chiar și profesioniștilor le este greu să identifice un potențial pedofil, așa că nu aveam cum să anticipez ce se va întâmpla".

Tehnicile cognitiv-comportamentale vor fi utilizate și pentru a-l ajuta pe părinte să depășească sentimentele de mânie, tristețe sau anxietate legate de aflarea celor petrecute.

Studiu de caz

Alexandra, o profesoară în vârsă de 35 de ani s-a adresat terapeutului pentru a primi sprijin în educarea copiilor Camelia de patru ani și opt luni și Ștefan de doi

Scanned with OKEN Scanner

ani și jumătate. Mama a afirmat faptul că întâmpina dificultăți legate de comportamentul copiilor. Alexandra s-a despărțit de soțul ei Marian în urmă cu opt luni și deși ea a obținut custodia copiilor, tatăl îi vizita frecvent și îi lua acasă în week-end.

Clienta a relatat faptul că între ea și soț avuseseră loc scene violente la care au asistat și copiii. Cu toatea acestea copiii reacționau ceva mai bine și păreau încântați de faptul că tatăl le acorda atenție și se juca cu ei.

Din interviul clinic a rezultat faptul că fetița prezenta unele acuze somatoforme, precum și un comportament sexualizat (se masturba în public și obișnuia să se joace cu organul sexual al frățiorului ei).

Alexandra a mărturisit faptul că nu știa cum să procedeze în astfel de situații. De regulă ea țipa la fetiță și o pedepsea trimițând-o în camera ei.

Întrebată fiind dacă a discutat cu Camelia mama a spus că aceasta refuza să discute despre aceste lucruri. La un moment dat, ea și-a aminiti că fetița a plâns și a spus că tata o lasă să se joace cu „cocoșelul" lui.

Alexandra a afirmat că i-a trecut prin minte faptul că ar putea fi vorba de un abuz sexual asupra copilului, dar s-a temut să nu exagereze. De asemenea, a relatat că din câte știe ea fetița nu a asistat la acitivități sexuale ale adulților și nu a vizionat materiale prnografice.

Terapeutul a informat-o pe mamă că într-o astfel de situație există suspiciunea de abuz sexual și că este necesară o investigație suplimentară realizată de un specialist în astfel de probleme.

Alexandra a fost șocată de cele auzite și a început să se autoblameze, afirmând că ea este vinovată de cele petrecute deoarece nu a fost capabilă să-și satisfacă soțul din punct de vedere sexual.

Terapeutul i-a oferit câteva informații suplimentare în problema abuzurilor, explicându-i, printre altele, faptul că un tată nu comite abuzuri asupra fiicei din cauza frustrărilor legate de relația de cuplu.

Alexandra s-a arătat în continuare bulversată afirmând că nu crede că așa ceva i s-a putut întâmpla și că nu dorește ca fostul ei soț să ajungă la închisoare.

Terapeutul a asigurat-o de faptul că acționarea în justiție a agresorului reprezintă un proces foarte complicat care nu poate avea loc în absența unor dovezi suficiente, investigarea copilului având în primul rând scopul de a-l proteja și eventual de a recomanda o psihoterapie.

Terapeutul a sfătuit-o pe mamă să nu influențeze în nici un fel fetița, ci s-o lase să spună tot ce dorește acordându-i înțelegere și sprijin afectiv.

În același timp mama a fost încadrată într-un program de terapie cognitiv-comportametală.

Ellen Bass și Laura Davis (1994) recomandă persoanelor adulte care au suferit traume în copilărie, mai ales abuzuri de natură sexuală, să-și descrie experiența în scris, deoarece scrisul îl poate ajuta pe subiect să-și definească mai bine

Scanned with OKEN Scanner

propria sa realitate și să retrăiască stările emoționale care au fost declanșate în momentul abuzului.

Unul dintre avantajele acestei strategii constă în aceea că persoana o poate aplica oricând se află singură.

Jurnalul îl ajută pe client să-și clarifice ce anume simte, ce gândește, care sunt nevoile sale și cum dorește să rezolve problema care îl supără, metoda având un efect psihoterapeutic.

Completarea jurnalului trebuie realizată timp de aproximativ o jumătate de oră, subiectul asigurându-se că nu va fi întrerupt.

Autoarele recomandă ca cele scrise să fie citite unei persoane de încredere care să nu abuzeze din nou de subiect. În cazul în care nu există o astfel de persoană, textul poate fi citit cu voce tare.

Ascultătorul (consilierul) nu trebuie să critice cele scrise ci să adreseze întrebări care să faciliteze autodezvăluirea.

2. Conștientizarea prejudiciului (traumei suferite)

Abuzurile din copilărie (mai ales cele de natură sexuală) pot să afecteze profund personalitatea adultului influențându-i sentimentul eului propriu, relațiile intime, sexualitatea, modul de educare a propriilor copii, cariera și chiar sănătatea psihică.

„Vindecarea" nu este posibilă dacă subiectul nu conștientizează care sunt zonele, aspectele psihice în care trebuie intervenit prin intermediul terapiei sau consilierii.

Nu toate persoanele care au suferit abuzuri sunt afectate în același mod. Unele dintre acestea pot fi competente la locul de muncă sau în creșterea copiilor, dar au probleme în viața intimă. Există persoane care au doar un sentiment difuz și sâcâitor că ceva nu este în regulă cu ele, în timp ce altora li se pare că și-au ratat viața.

Aspectele în care pot să apară probleme sunt următoarele (Ellen Bass și Laura Davis, 1994):

1. Autostima și forța ego-ului

O persoană de care s-a abuzat are impresia că își pierde dreptul de a spune „nu", îi dispare sentimentul că poate controla lumea și se simte umilită, lipsită de valoare și putere.

Aceasta poate simți că nu merită ca cineva să aibă grijă de ea sau chiar că a căpătat ceea ce i s-a cuvenit.

2. Trăirile afective

Deoarece sentimentele curate de dragoste ale copilului au fost trădate de persoana care a comis abuzul, individul abuzat a învățat că nu trebuie să se încreadă în

propriile sale sentimente. De asemenea, copilul nu-şi poate manifesta plenar sentimentele de ură faţă de părintele care îl întreţine.

Copilul de care s-a abuzat învaţă şi să-şi blocheze durerea fizică şi psihică, dar deoarece el nu-şi poate bloca în mod selectiv sentimentele, pur şi simplu începe să nu mai rezoneze afectiv.

3. Corpul propriu

Copilul învaţă să cunoască lumea prin intermediul propriului corp. Din acest motiv, în caz de abuz el învaţă că lumea nu este un loc sigur, trăind trădarea, durerea şi stări de excitaţie cu caracter conflictual.

Astfel de trăiri îi determină pe copiii abuzaţi să recurgă la un fel de stări cu caracter disociativ, menite să-i ajute să nu-şi mai simtă corpul.

4. Senzaţia de intimitate

Componenetele intimităţii: a dărui şi a primi, a avea încredere şi a fi o persoană de încredere sunt învăţate încă din copilărie, iar în cazul copiilor de care se abuzează, sentimentul natural de încredere este distrus.

Copilul va creşte interiorizând mesaje contradictorii despre relaţia dintre dragoste şi sex, încredere şi trădare.

5. Sexualitate

La copiii abuzaţi în plan sexual, sexualitatea naturală este distrusă, ei neputându-şi explora trebuinţele sexuale din interiorul fiinţei lor, iar excitaţia sexuală începe să fie legată de sentimente de ruşine, umilinţă şi durere.

Adesea, copiii abuzaţi se dedublează în timpul actului sexual, devin insensibili şi deconectaţi de sentimentele legate de sex. În cazul în care abuzul este însoţit de afecţiune, subiectul va conecta nevoia de nurturanţă (grijă) cu cea sexuală.

6. Creşterea şi educarea copiilor

În cazul în care abuzul a avut loc în propria familie, aceasta are un caracter disfuncţional şi subiectul nu a beneficiat de modele parentale adecvate, fapt ce îl determinate să se comporte, cu propriii săi copii în acelaşi mod în care a fost tratat de părinţi.

7. Familia de origine

În familiile unde au loc relaţii de tip incestuos, interacţiunile sunt distorsionate, lipsind încrederea, siguranţa şi împărtăşirea reciprocă a gândurilor şi sentimentelor. Locul acestora este luat de tendinţe de secretizare, izolare şi teamă.

O persoană de care s-a abuzat va deveni frecvent „ţapul ispăşitor" al familiei, spunându-i-se că este „rea" sau „nebună". Aceasta se va simţi izolată şi lipsită de contactele calde cu ceilalţi.

Scanned with OKEN Scanner

De asemenea, subiectul în cauză va trebui să facă față și altor probleme cum ar fi alcoolismul sau consumul de droguri.

În cazul în care abuzul a avut loc în afara familiei, dar aceasta nu-i acordă individului înțelegerea de care are nevoie, acesta va recepționa mesajul că problema sa nu este importantă sau că nu se poate baza pe propria sa familie pentru a obține protecție.

Strategiile terapeutice utilizate într-o etapă incipientă a consilierii terapiei sunt următoarele:

1. Clientul este solicitat să exprime în scris modul în care mai este încă afectat de situația psihotraumatizantă. (În ce mod abuzul v-a limitat sau prejudiciat stările afective, sentimentul valorii personale, relațiile interpersonale sau sexualitatea).

2. Clientului i se cere să noteze ce abilități (capacități) și-a dezvoltat în urma abuzului și care l-au ajutat să supraviețuiască (perseverență, flexibilitate, autosuficiență).

3. Aprecierea pozitivă a modului în care subiectul a făcut față abuzului

Comportamentele de „coping" includ toate strategiile utilizate de individ pentru a supraviețui traumei. Acesta a fugit de acasă, s-a refugiat în consumul de alcool sau droguri, a devenit perfecționist cu rezultate școlare sau profesionale deosebite, s-a neglijat pe sine pentru a se ocupa de ceilalți, a reprimat (uitat) experiența neplăcută, s-a disociat psihic de propriile sale sentimente etc., dar important este faptul că a supraviețuit și că mecanismele adaptative au funcționat.

Mulți supraviețuitori ai abuzurilor au tendința de a critica modul în care au făcut față situației, dar terapeutul trebuie să le atragă atenția că aceste comportamente nu implică nimic rușinos, explicându-le faptul că ei trebuie să fie mândri de resursele lor adaptative.

În timp ce unele comportamente de coping s-au transformat în abilități (a avea succes profesional, a atinge starea de autosuficiență, a-și dezvolta simțul umorului etc.), altele au caracter autodistructiv (consumul de alcool sau droguri, mâncatul compulsiv).

Există și situații în care același tip de comportament include și aspecte pozitive și negative.

Demersul terapeutic trebuie să-l ajute pe client să diferențieze cele două tipuri de mecanisme de „coping" și apoi să-și aprecieze disponibilitățile și să renunțe la modelele comportamentale care nu mai sunt necesare.

Cele mai răspândite mecanisme de „coping" sunt:

1. Minimalizarea

Persoana consideră că ceea ce i s-a întâmplat nu este chiar atât de rău sau că același lucru li s-a întâmplat și altora.

2. Raționalizarea

Implică descoperirea unor scuze pentru comportamentul agresorului (a fost beat, n-a știut ce face; oare prin ce a trecut acest om de a ajuns să se comporte astfel).

Raționalizarea implică și o modalitate de a-l ierta pe agresor în loc să lase furia să iasă la lumină și să se descarce.

3. Negarea

Presupune ignorarea psihotraumei suferite: „Dacă voi ignora evenimentul suficient de mult timp, acesta va dispărea de la sine".

Un fenomen de negare îl reprezintă și refuzul subiectului de a vorbi cu cineva despre cele întâmplate.

4. Uitarea

Uitarea reprezintă mecanismul adaptativ utilizat cel mai frecvent de copiii care au căzut victime abuzului sexual, deoarece psihicul uman dispune de o capacitate nebănuită de reprimare a amintirilor penibile.

Există și situații când persoana de care s-a abuzat își amintește fapta, dar uită stările pe care le-a trăit atunci.

5. Disocierea

Se referă la posibilitatea de a realiza o separare în plan psihic între diversele particularități ale personalității agresorului.

Copilul va disocia pe tatăl „bun" care îi asigură hrana și protecția, de tatăl „rău", identificându-se cu acesta din urmă. De altfel, copilul începe să creadă că este „rău" pentru a conferi un sens abuzului.

Mecanismele disociative se pot referi și la detașarea de corpul fizic, acesta rămânând insensibil.

6. Dezintegrarea ego-ului și personalitățile multiple

O consecință a fenomenului de uitare o reprezintă și separarea ego-ului în mai multe subpersonalități, model de comportament care se poate extinde și asupra vârstei adulte.

Subiectul va prezenta lumii exterioare o imagine dezirabilă deși simte că în interiorul său ceva este în neregulă.

În cazul abuzurilor severe se poate dezvolta chiar tulburarea caracterizată prin apariția personalităților multiple.

7. „Părăsirea" corpului

Se citează cazul unor copii de care s-a abuzat și care și-au însușit tehnica „dedublării", învățând sa-și privească trupul de undeva din afară.

8. Nevoia de control

Multe persoane de care s-a abuzat dezvoltă o nevoie exagerată de a controla lucrurile și situațiile, devenind perfecționiști sau chiar psihastenici, cu ritualuri și rutine zilnice.

O asemenea trebuință de control și organizare are și un aspect pozitiv pentru un manager, o gospodină sau un bun profesionist. Dezavantajul este însă că în felul

Scanned with OKEN Scanner

acesta se reduce flexibilitatea comportamentală, subiectul având dificultăți să realizeze compromisuri sau negocieri.

9. Producerea și controlarea situației de criză

Unii supraviețuitori ai abuzurilor mențin controlul asupra situației provocând haos și dezordine. Declanșând un comportament necontrolat, ei îi obligă pe ceilalți să țină seama de acest lucru și să-și adapteze propriul comportament pentru a reacționa la comportamentele haotice. În felul acesta familia începe să fie condusă de persoana cea mai simptomatică.

Subiecții aparținând acestei categorii se simt în elementul lor în situații de criză.

Această capacitate de a face față crizelor poate fi utilă dacă cineva lucrează la camera de gardă a unui spital sau la o circă de poliție. De asemenea, persoanele care au nevoia de a trăi evenimentele la o mare intensitate emoțională, pot fi considerate dinamice și carismatice dar în același timp, aceasta poate reprezenta și o tendință de a fugi din fața realității.

10. Distragerea

Victimele abuzurilor din copilărie își dezvoltă și o capacitate de distragere a atenției care le permite să se detașeze de durere dar îi și împiedică să se bucure de viață în general și de aspectele agreabile ale relațiilor interpersonale.

Ei sunt adesea distrați, se lovesc de mobilier, pierd lucruri sau nu sunt atenți la conversația care se derulează.

11. Hipervigilența

Unii supraviețuitori ai abuzurilor din copilărie devin hipervigilenți, dezvoltând un spirit de observație deosebit care îi ajută să detecteze rapid orice primejdie și să anticipeze reacțiile celor din jur.

Aceste abilități îi ajută mult în anumite profesii în care spiritul de observație reprezintă o aptitudine de bază.

În același timp, hipervigilența poate conduce la oboseală și epuizare psihică, acești subiecți fiind incapabili să se relaxeze.

12. Simțul umorului

Simțul umorului și chiar cinismul îl poate ajuta pe individ să traverseze perioadele dificile de viață, pentru că a-i face pe ceilalți să râdă te ajută să menții o anumită distanță față de ei și atâta timp cât râzi, nu trebuie să plângi.

13. Hiperactivitatea

Refugierea în hiperactivitate îl poate ajuta pe individ să evite să trăiască în prezent și să fugă de propriile sentimente.

14. Evitarea realității

Persoana se poate refugia în lectură excesivă, vizionarea compulsivă a unor emisiuni TV sau reverie diurnă cu conținut de răzbunare, revanșă, sau legate de ideea că a murit și ceilalți regretă.

Reveria diurnă în exces poate fi o sursă a creativității, dar poate și să îndepărteze persoana de la o existență activă.

Scanned with OKEN Scanner

În cazul în care psihotrauma este prea puternică, efectele pot fi următoarele (Bass și Davis, 1998. p. 53):

• Apariția unei boli psihice majore

Atunci când se rupe legătura dintre real și imaginar, subiectul poate deveni psihotic.

• Comportamente de automutilare

Automutilarea reprezintă una dintre modalitățile psihopatologice de a controla durerea. Astfel, în loc să fie rănit de agresor, subiectul se rănește singur.

O pacientă relata faptul că simțea o durere interioară atât de mare încât se tăia cu un cuțit pentru a se elibera de ea. Mecanismul psihologic al automutilării constă în aceea că durerea fizică îi abate atenția subiectului de la durerea psihică.

• Tentative de suicid

Sinuciderea poate să pară pentru subiect unica soluție atunci când existența i-a scăpat de sub control.

• Abuzul de alcool sau droguri

Comportamentele adictive reprezintă o modalitate curentă de face față stresului și durerii morale. Persoana poate dezvolta însă și alt fel de adicții: față de alimente, situații periculoase, conflicte sau activitate sexuală.

Frecvent, adicția merge mână în mână cu tendința de izolare.

• Tulburări ale conduitei alimentare

Frecvent, persoanele de care s-a abuzat dezvoltă anorexie nervoasă sau bulimie. Acest lucru se întâmplă mai ales în familiile cu reguli rigide, unde abuzul este negat, tulburarea conduitei alimentare devenind un fel de „strigăt de ajutor".

• Minciuna

Persoanelor cărora li s-a cerut în copilărie să nu spună ce li s-a întâmplat, devin adesea adepte ale minciunii, acest model de comportament extinzându-se și asupra altor aspecte ale realității.

• Furtul

Furtul reprezintă o preocupare care absoarbe total atenția persoanei și o poate ajuta să uite de problemele sale. De asemenea, acest comportament poate fi stimulativ prin intermediul retrăirii stărilor pe care le-a încercat subiectul atunci când s-a abuzat de el. În același timp, acesta poate reprezenta și o modalitate de a sfida autoritatea, o încercare de a lua înapoi ceea ce i s-a furat sau chiar o solicitare mascată de ajutor.

• Jocurile de noroc

Adicția față de jocurile de noroc poate reprezenta o modalitate de a menține speranța subiectului că se poate produce o schimbare miraculoasă în viață, de a demonstra faptul că norocul nu l-a părăsit pe individ, o manieră de a fugi de problemele cotidiene, de a-și asuma riscuri și de a frecventa o altă lume.

• Adicția față de activitate

Supraviețuitorii unor abuzuri din copilărie simt o nevoie compulsivă de performanță, pentru a compensa într-un fel răul care este ascuns în interiorul lor.

Scanned with OKEN Scanner

A excela la locul de muncă reprezintă un aspect pe care îl pot controla și care este și puternic valorizat de societatea occidentală, centrată pe performanță.

De asemenea, hiperactivitatea și căutarea succesului îl ajută pe individ să evite viața interioară sau contactele cu cei din jur. În felul acesta, subiectul cu imagine de sine scăzută își poate dovedi că are valoare personală.

• Căutarea certitudinii

În timp ce unii dintre supraviețuitorii abuzurilor din copilărie au decis să se lupte cu obstacolele, alții preferă siguranța interioară cu orice preț, devenind fie ascultători, elevi străluciți, soții sau mame devotate. Aceștia își asumă relativ puține riscuri, renunțând la succes pentru a fi protejați.

• Evitarea intimității

De teama de a nu fi lovit, individul nu se mai apropie în mod real de nimeni, preferând singurătatea.

Evitarea intimității prezintă și unele avantaje pentru că îi conferă subiectului autonomie și independență, dar în același timp îl privează de gratificațiile unei relații sănătoase.

• Refugierea în religie

Siguranța interioară poate fi obținută și prin aderarea la un sistem de credințe și valori cu reguli și limite bine definite.

Această modalitate de „coping" este utilă mai ales acelor victime care se culpabilizează pentru ceea ce li s-a întâmplat.

• Căutarea sau evitarea compulsivă a relațiilor sexuale

Subiecții pentru care abuzul a reprezentat singura modalitate de a avea un contact fizic cu o persoană, vor considera relațiile sexuale drept unică sursă de apropiere, aceștia dezvoltând un comportament caracterizat prin promiscuitate sau încearcând să-și satisfacă trebuințe non-sexuale prin intermediul sexului.

Există însă și reacția inversă, unii indivizi de care s-a abuzat preferând să evite relațiile intime sau să facă în așa fel încât trupul lor să devină insensibil.

Indicația terapeutică este ca persoana să-și identifice mecanismele care au ajutat-o să facă față situației, să renunțe la cele autodestructive și să le păstreze și chiar să le dezvolte pe cele cu caracter adaptativ.

Subiectul trebuie să-și acorde iertarea pentru că a făcut tot posibilul să supraviețuiască în condiții imposibile.

Tema pentru acasă va consta în a nota într-un jurnal experiențele de „coping" și modalitatea în care acestea au afectat viața persoanei. Trecerea în revistă a acestora trebuie realizată din perspectiva aprecierii pozitive a modalităților prin intermediul cărora a făcut față situațiilor adverse.

Procesul de vindecare terapeutică reprezintă un continuum care începe cu experiența supraviețuirii, conștientizarea abuzului și a faptului că persoana a reușit să ajungă la vârsta adultă, în ciuda celor petrecute și se încheie cu interiorizarea faptului că viața poate fi trăită la nivel satisfăcător, fără a fi în continuare programată de trauma suferită în copilărie.

Scanned with OKEN Scanner

Aceleași autoare (Bass și Davis, 1994) prezintă etapele demersului terapeutic (Bass și Davis, 1994)

1. Decizia de a porni pe drumul vindecării

De îndată ce subiectul a recunoscut pentru sine existența abuzului precum și efectele acestuia supra existenței sale, el trebuie să adopte o atitudine activă, să aibă dorința reală de schimbare.

2. Etapa critică

Retrăirea amintirilor traumatizante și confruntarea cu trăirile afective reprimate îi poate crea subiectului o stare de disconfort. Acesta trebuie însă să știe că respectivele trăiri afective negative nu vor dura la nesfârșit.

3. Reamintirea

Implică retrăirea atât a evenimentelor petrecute, cât și a stărilor afective care le-au însoțit.

4. Conștientizarea faptului că evenimentul a avut loc cu adevărat

Mulți supraviețuitori ai abuzurilor sexuale din copilărie se îndoiesc de propriile lor amintiri. Ei trebuie să accepte ideea că acel lucru chiar a avut loc și că le-a produs o mare suferință.

5. Divulgarea secretului

Mărturisirea acestuia unei alte persoane reprezintă un pas important în direcția schimbării

6. Conștientizarea faptului că nu a fost vina persoanei în cauză

Copiii cred adesea că au fost vinovați de abuzul care s-a produs asupra lor, dar adultul trebuie să învețe să atribuie vinovăția celui care o merită.

7. Realizarea contactului cu „copilul interior"

Mulți supraviețuitori au pierdut contactul cu partea vulnerabilă a personalității lor. Contactul cu „copilul interior" îi va ajuta pe aceștia să-și acorde lor înșiși compasiune, să exprime deschis ostilitatea față de cel care a abuzat de ei și să poată avea relații mai apropiate cu cei din jur.

8. Dezvoltarea încrederii în sine

Cel mai bun terapeut este „vocea interioară" a subiectului traumatizat. Acesta trebuie să reînvețe să creadă în propriile sale percepții, sentimente și intuiții.

9. Trăirea durerii și „doliului"

Copiii abuzați și adulții de mai târziu, care au luptat să supraviețuiască, nu au apucat să-și trăiască trauma. Trăirea durerii morale reprezintă o modalitate de a se elibera de aceasta, de a-i acorda respect și de a merge înainte.

10. Trăirea sentimentelor de ostilitate

Ostilitatea reprezintă o forță uriașă care poate fi utilizată pentru vindecare. Aceasta trebuie direcționată corect respectând regulile sociale, către cel care a realizat abuzul, precum și către ceilalți membri ai familiei care nu au protejat copilul.

11. Confruntarea cu agresorul

Scanned with OKEN Scanner

Această confruntare directă nu este necesară sau posibilă în toate cazurile, dar atunci când se poate realiza, are un efect purificator benefic.

12. Căutarea spiritualității

Individul trebuie să conștientizeze resursele spirituale nebănuite de care dispune. Acest lucru se poate realiza cu ajutorul religiei tradiționale, al meditației, artei, integrării în natură sau prin aderarea la grupuri suportive.

13. Decizia de a merge mai departe

În urma parcurgerii etapelor descrise mai sus, persoana va ajunge la un echilibru interior, la o relație acceptabilă cu cel care a comis abuzul și cu ceilalți membri ai familiei sale.

Deși nu își poate modifica istoria vieții, subiectul va ajunge să se transforme în plan interior, atingând la un alt nivel de conștiință, înțelegere, compasiune și forță interioară.

Dacă o persoană se decide să se vindece de psihotraumele și abuzurile suferite în copilărie ea trebuie să fie pregătită să piardă totul, pentru că procesul de vindecare este un proces devastator care scoate la iveală întreaga durere și zdruncină mecanismele defensive construite de subiectul care a depus eforturi pentru a lupta împotriva ignoranței și slăbiciunii. Metaforic vorbind, vindecarea poate fi comparată cu o a doua naștere.

Decizia de a te vindeca de psihotraumele produse de abuzurile din copilărie reprezintă o opțiune majoră în direcția vieții, sănătății și eficienței.

Această decizie se conturează în condiții diferite pentru fiecare supraviețuitor al abuzurilor din copilărie.

Unii supraviețuitori sunt trimiși la psihoterapie de instanță după ce și-au dat în judecată părintele care i-a traumatizat, alții ajung la concluzia că psihotraumele timpurii nu le permit să întrețină relații intime normale, alții ajung într-un moment al existenței în care s-a acumulat atâta tensiune încât trebuie făcut neapărat ceva.

Ellen Bass și Laura Davis (1994) citează cazul unei călugărițe carmelite care fusese abuzată sexual în copilărie și care nu era sigură dacă decizia ei de a se călugări avea o motivație religioasă sau una bazată pe nevoia de a fugi de lume. Dornică să-și clarifice această motivație, ea a optat pentru psihoterapia menită să o conducă la rezolvarea traumei.

Terapeuții specializați în astfel de demersuri le spun adesea clienților lor că cel puțin la începutul tereapiei aceștia se vor putea simți mai rău, fapt ce presupune asumarea unui anumit risc, demersul terapeutic putând afecta relațiile cu părinții, partenerul de viață sau cu proprii copii. De asemenea pot fi afectate randamentul profesional sau performanțele academice.

Decizia de a începe demersul terapeutic de vindecare este eficientă pentru că redă pacientului speranța în mai bine, iar multora dintre aceștia speranța le-a adus numai dezamăgiri.

Scanned with OKEN Scanner

Începerea terapiei

Etapa de criză psihologică este specifică mai ales fazelor inițiale ale terapiei.

În etapa de început a terapiei, pacientul poate vorbi în mod compulsiv despre cele întâmplate, poate avea evocări necontrolate ale memoriei, stări de anxietate puternică, plâns continuu, dificultăți de concentrare a atenției, scăderea randamentului în activitate, coșmaruri pe tema abuzului care conduc la teama de a adormi.

De regulă, persoanele abuzate în copilărie, au reprimat amintirile psihotraumatizante iar confruntarea cu acestea în cadrul demersului terapeutic poate avea efectul unui „cataclism" psihologic.

Etapa de criză reprezintă o fază firească din cadrul demersului psihoterapeutic care trebuie depășită.

Ellen Bass și Laura Davis (1994, p. 75) dau persoanelor aflate în această etapă următoarele sfaturi:

- Nu vă automutilați și nu încercați să vă sinucideți pentru că meritați să trăiți.
- Nu veți înnebuni; stările prin care treceți reprezintă o parte componentă normală din cadrul demersului terapeutic de vindecare.
- Găsiți câteva persoane cu care puteți comunica; nu încercați să purtați povara de unul singur.
- Apelați la ajutorul unui consilier sau terapeut profesionist.
- Căutați înțelegere la alte persoane care au fost victimele unor abuzuri similare pentru că astfel de persoane vă pot înțelege cel mai bine.
- Permiteți-vă voie să aveți gânduri sau imagini obsesive; nu înrăutățiți lucrurile urându-vă și autoblamându-vă.
- Faceți cât mai multe lucruri plăcute pentru propria persoană.
- Renunțați la ceea ce nu este esențial în cadrul existenței dumneavoastră; „încetiniți motoarele", adică renunțați la persoanele care nu vă sprijină, la activitățile pe care le faceți din obligație, încetați să vă supraîncărcați.
- Construiți o „zonă de securitate" în propria locuință.
- Supravegheați consumul de alcool sau droguri pentru că „amorțirea" sentimentelor nu va face decât să prelungească criza.
- Evitați situațiile în care sunteți abuzați (de către partenerul de viață, șef etc.).
- NU luați decizii majore de viață în timpul terapiei, cu excepția celor care presupun ieșirea dintr-o situație stresantă.
- Reamintiți-vă mereu că sunteți o persoană curajoasă care trece printr-o perioadă dificilă; nu uitați că nu trebuie să întreprindeți nimic, ci doar să treceți prin etapa respectivă.
- Rămâneți în contatct permanent cu propriul corp; acest lucru se poate realiza foarte eficient prin intermediul unor exerciții de respirație controlată.

Scanned with OKEN Scanner

- Dezvoltați credința în existența unei forțe superioare; orientarea spirituală vă conferă inspirație și forță.
- Nu uitați că totul va trece, experiențele trăite azi nefiind identice cu cele de mâine.

Deși nu veți mai trece prin stările specifice perioadei de criză, vor mai exista situații dificile pe parcursul demersului psihoterapeutic, dar aceste situații de criză trebuie considerate drept crize de „creștere".

Experiența reamintirii traumei (abuzului) din copilărie diferă de la un subiect la altul. Mulți supraviețuitori ai abuzului nu au uitat niciodată ceea ce li s-a întâmplat, dar au minimalizat importanța acestuia, negând impactul pe care l-a avit psihotrauma asupra vieții lor. De regulă, aceștia își amintesc doar faptele, nu și trăirile afective care le-au însoțit.

Alți supraviețuitori ai abuzurilor prezintă o memorie selectivă sau parțială în raport cu faptele. astfel, aceștia își pot aminti elemente fizice sau emoționale, dar nu sexuale ale abuzului, sau locul unde s-a produs evenimentul, fără detalii concrete. Există însă și victime care nu-și mai amintesc nimic din cele petrecute, până când amintirile irump în vise sau sub influența unui stimul extern.

Atunci când amintirile legate de un eveniment psihotraumatizant încep să iasă la iveală subiectul este disociat de acestea și le observi cumva de la distanță, ca și cum s-ar fi întâmplat altei persoane.

Unii autori sunt de părere că abuzurile sexuale din copilărie sunt uitate frecvent mai ales datorită faptului că evenimentul psihotraumatizant nu este explicat copilului, nu există o denumire pentru acesta, cât și datorită sentimentului de rușine pe care îl nutrește victima, sentiment care îi afectează profund imaginea și stima de sine.

La baza fenomenului stă procesul disociativ în cadrul căruia subiectul sau o parte a personalității acestuia se separă de evenimentul psihotraumatizant intolerabil.

Reamintirea acestor evenimente traumatice, discutarea lor, retrăirea stărilor afective și integrarea acestora în istoria vieții pacientului reprezintă un demers necesar în cadrul procesului de vindecare.

Ellen Baas și Laura Davis (1994, p. 88) dau următoarele indicații pentru procesarea psihoterapeutică a amintirilor psihotraumatizante:

- Găsiți un loc în care să vă simțiți în siguranță și unde să vă relaxați derulând amintirile legate de traumă.
- Contactați o persoană suportivă: partenerul de viață, prieten, psihoterapeut; există însă și cazuri în care subiectul preferă să rămână singur.
- Nu luptați împotriva amintirilor. Relaxați-vă și lăsați-le să se deruleze. Nu apelați la alcool. droguri sau mâncat compulsiv.
- Nu uitați că este vorba doar de o amintire; cel care v-a traumatizat nu poate să o mai facă în prezent pentru că trauma a avut loc de mult. retrăirea eveni-

Scanned with OKEN Scanner

mentelor psihotraumatizante reprezintă o parte a procesului de vindecare şi nu o reactualizare a psihotraumei.

- Aşteptaţi-vă să aveţi o reacţie emoţională la cele întâmplate. Suportaţi stările emoţionale neplăcute fără a încerca să fugiţi de ele.
- Acordaţi-vă unele recompense (faceţi ceva plăcut pentru propria persoană).
- Împărtăşiţi gândurile şi sentimentele trăite măcar unei singure persoane. Chiar dacă preferaţi singurătatea atunci când vă năpădesc amintirile, este important să vorbiţi cu cineva despre cele petrecute.

Este indicat, de asemenea, ca pacientului să i se ceară să scrie un eseu pe tema celor petrecute („Povestea vieţii mele"), cu cât mai multe detalii care să implice toate modalităţile senzoriale. Subiectului i se recomandă să nu cenzureze lucrarea şi să nu încerce să intre în anumite tipare.

Pacientul victimă a unui abuz (mai ales de natură sexuală) trebuie să accepte ideea că respectivul abuz s-a produs cu adevărat, în ciuda faptului că a negat acest fapt de-a lungul întregii sale vieţi.

Pentru mulţi supravieţuitori ai abuzurilor, negarea a reprezentat unicul mecanism de apărare care i-a ajutat să-şi reprime sentimentele, să se disocieze de experienţele dureroase, să nege orice tip de realitate care îi tulbură. Negarea îi ajută să meargă mai departe, să înveţe, să progreseze profesional, să-şi întemeieze o familie, să-şi crească propriii copii.

Mărturisirea adevărului cu privire la cele petrecute reprezintă, de asemenea, un pas important în direcţia vindecării psihologice a supravieţuitorilor abuzurilor din copilărie.

De cele mai multe ori, aceşti pacienţi, fiind încă copii şi care au încercat să spună ce anume li s-a întâmplat, fie nu au fost crezuţi, fie au fost ameninţaţi sau blamaţi. Familiile în care se petrec asemenea fapte continuă să-şi ducă viaţa ca şi cum nimic nu s-ar fi întâmplat, şi în acest caz copilul recepţionează mesajul implicit că experienţa pe care a trăit-o este prea oribilă pentru a putea fi povestită.

Adesea copiii abuzaţi relatează în mod indirect despre trauma suferită („nu vreau să mai stau niciodată singură cu tata") sau dezvoltă tot felul de comportamente psihopatologice: enurezis, astm bronşic, pavor nocturn, tulburări ale conduitei alimentare, crize de isterie, abandon sau eşec şcolar, furt. În adolescenţă pot să apară şi alte conduite deviante: consum excesiv de alcool, conflicte cu autorităţile, comportamente autodestructive etc. Din acest motiv ei sunt etichetaţi ca „răi" sau „proşti" şi treptat încep să creadă acest lucru şi să se culpabilizeze pentru ceea ce li s-a întâmplat („probabil că ei au dreptate, sunt rea, nu e de mirare că mi-a făcut asta!").

Un alt element important al terapiei (consilierii) constă în a convinge victima de faptul că nu este vinovată de ceea ce s-a întâmplat.

Un semnal legat de declanşarea procesului de vindecare constă în faptul că victimele nu se mai simt atât de culpabile.

Scanned with OKEN Scanner

O modalitate simplă de a scăpa de sentimentul de rușine constă în a vorbi deschis despre cele petrecute, deoarece culpabilitatea nu poate exista decât în condiții de secretizare, dezvăluirea adevărului eliberând persoana de povara temerii că cineva va afla secretul.

O altă metodă de a înlătura sentimentele de culpabilitate o reprezintă contactarea și iertarea „copilului interior". Această tehnică este mai ușor de aplicat în stare de relaxare sau hipnoză.

Pacientul poate fi solicitat și să scrie o scrisoare sau să dialogheze în stare de veghe cu subpersonalitatea „copilul interior".

Un element important al terapiei persoanelor traumatizate în copilărie îl constituie ajutarea subiectului să acorde atenție și să țină seama de mesajele psihofiziologice pe care i le trimite propriul corp pentru a nu se angaja în acțiuni care ar putea să-l determine să treacă peste limitele acestuia și să dezvolte simptome nevrotice și psihosomatice.

Abuzurile din copilărie fac ca percepțiile legate de propria persoană să devină amenințătoare și contradictorii. Astfel, este greu pentru un copil să accepte faptul că tatăl care muncește pentru a-i asigura traiul de zi cu zi este aceeași persoană care îl maltratează atunci când vine acasă beat.

În astfel de situații mecanismele de apărare ale ego-ului îl vor determina pe copil să-și spună fie că acele lucruri rele nu au avut loc, fie că așa trebuie să fie, fapt ce conduce la distorsionarea realității.

Ellen Bass și Laura Davis (1994) descris cazul unei femei, victima în copilărie a unor abuzuri de natură sexuală din partea tatălui, care își imagina faptul că extratereștrii au intrat în trupul tatălui și l-au determinat să procedeze astfel.

Mai mult, persoanele semnificative din anturajul clientului i-au repetat de multe ori că abuzurile nu s-au produs și că acestea sunt doar rodul închipuirii sale. Din acest motiv, multe victime ale abuzurilor din copilărie se tem să dea crezare „vocii interioare" care le transmite un mesaj pentru a nu fi considerați bolnavi psihic.

Consilierul sau terapeutul trebuie să-l ghideze pe client să detecteze și să asculte ceea ce îi spune „vocea interioară", care nu este altceva decât intuiția sa și apoi, într-o etapă mai avansată a psihoterapiei, să acționeze asupra conținutului acesteia.

La început „vocea interioară" este dificil de detectat, dar o dată cu antrenarea clientului să orienteze atenția către interior, acesta se va obișnui să-i recepționeze mesajele și să nu întreprindă anumite acțiuni autoestimative (să consume alcool sau droguri, să se refugieze în hiperactivitate etc.).

Aceste mesaje intuitive se manifestă diferit de la un subiect la altul. Astfel, o persoană poate avea coșmaruri, migrene, stări de oboseală, poate să abuzeze de alcool, să mănânce în mod compulsiv sau să curețe apartamentul de 2-3 ori pe zi.

Aceste semnale pot îmbrăca și forma unor stări psihice cum ar fi anxietatea sau dispoziția depresivă.

Scanned with OKEN Scanner

O pacientă pe care am tratat-o de anxietate generalizată şi atacuri de panică a progresat spectaculos după ce a realizat faptul că anxietatea apărea mai ales atunci când era pe cale să ia o decizie greşită. Aceasta a fost ajutată să detecteze starea de anxietate, să se relaxeze timp de câteva minute şi apoi să decidă ce are de făcut.

Consilierul terapeut trebuie să-l înveţe pe clientul traumatizat să-şi trăiască sentimentele negative legate de pierdere, fără a le mai reprima, considerând că a avut o copilărie fericită.

Psihotraumele reprimate în copilărie produc aşa cum subliniază terapeuţii de orientare psihodinamică, simptome nevrotice şi psihosomatice, împiedicând evoluţia subiectului către o personalitate matură, creativă, spontană şi autorealizată, capabilă să se bucure din plin de viaţă.

Exprimarea sentimentelor legate de psihotraumă este facilitată în cadrul terapiilor scurte în cadrul cărora se sugerează faptul că subiectul se întoarce în timp şi retrăieşte în plan imaginativ evenimentul traumatizant.

O clientă serios traumatizată de mama ei excesiv de posesivă şi dominatoare a apelat, sub îndrumarea consilierului terapeut, la un ritual de desprindere de aceasta. Astfel, ea i-a scris mamei sale o scrisoare neexpediată în care a povestit ceea ce a simţit în copilărie şi şi-a afirmat independenţa.

Pentru a facilita exprimarea sentimentelor legate de psihotraume, terapeutul va cere clientului să scrie ce a simţit, ce anume a pierdut sau ce a fost distrus în urma abuzului.

Foarte puţini clienţi, mai ales femeile, victime ale unor psihotraume sau abuzuri, conştientizează efectul benefic al exprimării unor sentimente negative cum ar fi, de pildă, furia, mai ales datorită faptului că majoritatea sistemelor religioase pledează pentru iertare şi iubire.

Există însă şi subiecţi traumatizaţi care trăiesc o stare de furie aproape permanentă care se transformă în violenţă, căpătând un caracter destructiv pentru propria persoană şi pentru ceilalţi.

Consilierul va trebui să-l ghideze pe client să înţeleagă şi să accepte faptul că furia reprezintă o reacţie adecvată şi firească faţă de un abuz şi că are dreptul să trăiască o astfel de stare.

Reprimarea sentimentului de furie poate conduce la declanşarea unor reacţii emoţionale şi a unor comportamente cu caracter autodestructiv: depresie, tentative de suicid, automutilări, abuz de alcool sau droguri, autostimă redusă, autodevalorizare, conduite specifice bulimiei sau anorexiei etc. sau, dimpotrivă, direcţionarea agresivităţii asupra altor persoane nevinovate (parteneri de viaţă, propriii copii).

Terapeutul va explica pacientului faptul că are dreptul să simtă furie, dar nu să devină violent nici măcar în plan verbal, precum şi să-şi direcţioneze acest sentiment negativ asupra persoanei care i-a produs psihotrauma, chiar dacă este vorba de o persoană semnificativă (un părinte, un profesor etc.).

Scanned with OKEN Scanner

Tehnici de exprimare a ostilității

- Jocul de rol

Terapeutul va juca rolul persoanei care a traumatizat clientul în copilărie, iar clientul își va exprima ostilitatea.

Pentru ca acest exercițiu să nu devină periculos, este necesar ca subiectul să nu fie psihotic sau să sufere de o tulburare severă în sfera personalității și să-și poată controla stările emoționale.

Înainte de a aplica această tehnică, terapeutul va stabili împreună cu clientul un set de reguli care să-l împiedice pe acesta din urmă să devină auto sau heteroagresiv în plan concret.

În cazul unor clienți sever perturbați este mai indicat ca ei să-și exprime ostilitatea atunci când sunt singuri, procedând într-o manieră constructivă (descărcare în plan simbolic).

- Relatare verbală a evenimentului traumatic.
- Redactarea unor scrisori în care să-și exprime sentimentele și pe care să le distrugă.
- Ritualuri de revanșă mentală: să lovească o pernă, să spargă farfurii, să distrugă o fotografie a persoanei care a comis abuzul etc.
- Tehnica imaginației dirijate: clientul aflat într-o stare de relaxare ușoară va fi ghidat să-și imagineze că ripostează la atacurile agresorului.
- Să se înscrie la un curs de arte marțiale.
- Să se angajeze în activități sociale în favoarea unor persoane sau grupuri defavorizate.
- Utilizarea unei tehnici P.N.L. (programare neurolingvistică) de modificare a reprezentărilor vizuale.

Clientul, aflat într-o stare de relaxare ușoară, va fi instruit să-și imagineze persoana celui care l-a traumatizat în centrul unui ecran mental. Imaginea va fi mare, colorată și strălucitoare. În continuare acesta va fi instruit să reducă luminozitatea ecranului mental, să facă imaginea mică, estompată și s-o mute undeva într-un colț al ecranului mental.

O variantă a acestui exercițiu poate consta și în imaginarea agresorului în posturi ridicole sau transformarea mentală a acestuia într-o insectă inofensivă.

Obiectul conștientizării și exprimării într-o manieră neagresivă a ostilității îl constituie utilizarea acestei energii negative ca forță motivațională pentru a demara schimbarea.

Redirecționarea exactă a ostilității asupra persoanei care a comis abuzul îl ajută pe client să se autoaccepte, să se autoevalueze pozitiv, să aibă grijă de propria persoană și să desfășoare activități socio-profesionale cu conținut pozitiv.

Scanned with OKEN Scanner

Dezvăluirea secretului și confruntarea cu agresorul

Orice ființă are dreptul să spună adevărul cu privire la existența sa.

Multe victime ale abuzurilor din copilărie se tem să-și exprime ostilitatea deoarece experiențele anterioare au avut un conținut negativ, datorită faptului că nu sesizează diferența dintre trăirea afectivă a unui sentiment de furie și comportamentele violente.

Terapeutul va trebui să-l ghideze pe client să-și accepte ostilitatea, ținând-o în același timp sub control.

Un alt aspect important pe care trebuie să-l conștientizeze clientul traumatizat se referă la faptul că furia și dragostea nu sunt sentimente total incompatibile, fiecare individ trăind măcar o dată în viață sentimente de mânie față de o persoană iubită. Mai mult, exprimarea mâniei nu va știrbi cu nimic aspectele pozitive ale relației cu cineva apropiat.

De asemenea, se poate întâmpla ca un subiect să ezite să recunoască faptul că nutrește sentimente de ostilitate de teamă că va deveni obsedat de ură. Acestuia trebuie să i se explice faptul că ura sau furia pot deveni obsesive doar atunci când sunt reprimate, în caz contrar producându-se eliberarea de aceste sentimente.

Clientul traumatizat va trebui să conștientizeze și faptul că dacă va perpetua comportamentul abuziv, răzbunându-se în plan concret pe agresor, își va distruge viitorul.

Un comportament cu caracter adaptativ ar trebui să presupună spargerea cercului vicios și adoptarea unei atitudini non-violente, de respect a legilor și a vieții în general, cea mai bună revanșă constând în faptul că subiectul traumatizat s-a vindecat și duce o existență plină de împliniri.

Cu toate acestea, multe victime ale unor abuzuri din copilărie, mai ales ale celor de natură sexuală, au fost sfătuite să păstreze secretul cu privire la aceste evenimente traumatice, secret a cărui nedivulgare nu este în interesul victimei și nici a altor copii care pot veni în contact cu agresorul.

Din acest motiv, multe persoane traumatizate simt nevoia să rupă tăcerea, dar în același timp trec printr-o stare de teamă și rușine legate de faptul că victimele sunt de regulă culpabilizate sau de a-și blama familiile.

De asemenea, mulți subiecți nu sunt siguri de faptul că amintirile lor sunt corecte, având nevoie de dovezi palpabile care să le confirme autenticitatea trăirilor.

În cazul în care clientul se decide să evite dezvăluirea acesta trebuie să fie convins de faptul că motivele sale sunt întemeiate și nu țin de sentimente de culpabilitate, rușine sau de dorința de a-l proteja pe cel care a comis abuzul.

Clientul care își propune să provoace confruntarea trebuie să fie realist în ceea ce privește reacția pe care o va stârni la agresor, pentru că o persoană capabilă să comită abuzuri asupra propriilor copii sau asupra altor copii, nu va fi în stare să manifeste empatie, înțelegere și să răspundă într-o manieră pozitivă trebuințelor emoționale ale victimei.

De regulă, dezvăluirile de acest gen vor arunca în aer mecanismele de negare a realității, mecanisme care au funcționat în familii cu interacțiuni de tip patologic.

Scanned with OKEN Scanner

Adesea, membrii familiilor respective găsesc experiența atât de amenințătoare încât au tendința de a o minimaliza, nega sau de a transforma victima în „țap ispășitor". De pildă, o femeie victimă a unui abuz de natură sexuală din partea tatălui natural, care a dezvălui, la un moment dat mamei sale cele petrecute, a primit de la aceasta din urmă o scrisoare în care îi spunea că, deși îi este greu, o iartă pentru faptul că a întreținut relații intime cu tatăl!

Familia se poate lansa și în atacuri deschise la adresa credibilității victimei, încercând să sugereze faptul că aceasta suferă de o boală psihică sau că ideea abuzului i-a fost indusă de către terapeut.

În ceea ce privește această ultimă situație, terapeutul consilier trebuie să fie foarte atent deoarece există și posibilitatea inducerii pe cale sugestivă a unor false amintiri, mai ales dacă se face apel la hipnoza regresivă.

În cazul în care cel care a comis abuzul nu este o persoană apropiată de familie și victima nu caută o reconciliere, confruntarea este mai ușor de realizat, familia considerând mai puțin amenințătoare susținerea morală a pacientului.

Cu toate acestea, nici în astfel de cazuri nu trebuie minimalizate efectele psihologice pe care dezvăluirea adevărului le poate avea asupra victimei. Astfel, o pacientă care a fost abuzată sexual de un profesor și care s-a hotărât să rupă tăcerea, a dezvoltat insomnie și atacuri de panică doar la ideea de a-l acționa în justiție.

În cazul în care subiectul se decide să se confrunte cu persoana care a comis abuzul, acesta va trebui să se comporte asertiv, mai precis să spună deschis ce are de spus și să ceară ceea ce crede că trebuie să ceară.

Aceasta nu înseamnă neapărat că pacientul în cauză chiar va primi ceea ce dorește (scuze, recunoașterea vinovăției din partea agresorului, acceptarea de către acesta din urmă a adevărului celor relatate etc.), dar va trăi măcar satisfacția că a avut curajul să vorbească deschis despre cele petrecute.

O altă modalitate de a face față unei astfel de situații poate consta și în refuzul confruntării cu agresorul. Această alternativă este însă eficientă doar în cazul în care este rodul unei forțe interioare și nu al fricii și anxietății.

Trebuie subliniat și faptul că o confruntare deschisă poate prezenta și o serie de dezavantaje:

– victima poate fi în pericol;

– aceasta nu are pe cine să se bazeze în demersul riscant în care se angajează;

– în cazul în care agresorul face parte din familie există riscul unei rupturi totale cu aceasta;

– victima poate pierde sprijinul material al familiei sau poate fi etichetată ca bolnavă psihic.

Chiar în situația în care clientul a decis să refuze o confruntare directă, aceasta poate fi ghidat de consilierul terapeut să o realizeze în mod simbolic: să scrie o scrisoare pe care nu o va expedia niciodată, să scrie o poezie, o povestire, să se angajeze în acțiuni caritabile menite să sprijine victimele unor agresiuni sau să

Scanned with OKEN Scanner

recurgă la un ritual terapeutic (de pildă, vizualizarea în stare de relaxare a unei scene în care agresorul este aruncat într-o prăpastie).

De asemenea, tehnica jocului de rol poate fi utilizată în cadrul terapiei pentru a realiza o confruntare simbolică.

Una dintre atitudinile recomandate mai ales de religia creştină în cazuri de abuz este iertarea agresorului.

Opinia noastră este că iertarea agresorului poate fi benefică sub aspect psihologic, cu condiţia să izvorască însă dintr-o autentică adeziune la valorile creştine, să apară spontan în cursul procesului terapeutic şi să nu fie impusă forţat de către o persoană sau un sistem ideologic.

În cazul în care iertarea şi compasiunea faţă de agresor apar în mod firesc, înseamnă că pacientul a atins un nou nivel al evoluţiei sale spirituale.

Un aspect important al procesului terapeutic în cazul victimelor unor agresiuni constă în descoperirea şi contactarea eului spiritual, fără însă a adera la sisteme religioase dogmatice care încurajează ipocrizia.

Spiritualitatea, privită sub aspect psihologic reprezintă opusul alienării şi presupune dragostea de viaţă sau sentimentul că persoana aparţine şi este o parte a universului.

Mulţi oameni trăiesc astfel de stări atunci când se află în natură, admiră sau creează o operă de artă, iubesc în mod autentic sau rămân extaziaţi de miracolul naşterii unei fiinţe.

Un obstacol în calea evoluţiei spirituale constă în focalizarea excesivă a atenţiei asupra psihotraumei şi ruminarea obsesivă a unor gânduri negative, disfuncţionale, cu conţinut depresiv.

Metaforic vorbind, concentrarea atenţiei asupra unor elemente negative seamănă cu zgândărirea unei răni care astfel este împiedicată să se vindece.

Ţinând seama de acest lucru, terapeutul consilier va trebui să încurajeze clientul traumatizat să-şi recapete încrederea în propria sa forţă vindecătoare, în tendinţa naturală a fiecărei fiinţe de a evolua în direcţia sănătăţii şi echilibrului psihic.

Procesul de vindecare presupune depăşirea stării de disociere între partea fizică şi cea psihică a personalităţii, între intelect şi stările afective, disociere care a apărut ca mecanism de apărare a eului, permiţând victimelor traumatizate să supravieţuiască. Renunţând la disociere, subiectul trebuie să se perceapă pe sine însuşi ca pe un tot unitar, ca pe o structură integrată care face parte din lume şi care se poate exprima plenar şi creativ, fiind capabil de dragoste, generozitate, eficienţă şi umor, acceptându-şi în acelaşi timp şi stările afective negative.

Scanned with OKEN Scanner

Obiectivele demersului terapeutic sunt următoarele:

I. Modificarea imaginii de sine

În cazul victimelor unor abuzuri în copilărie imaginea de sine este puternic afectată pentru că subiectul a suferit o psihotraumă timpurie.

Credința individului că este o persoană de preț care merită dragoste și este valoroasă a fost distrusă în copilărie, acestuia refuzându-i-se șansa de a se simți bine „în propria piele".

Abuzurile timpurii îl determină pe subiect să dezvolte sentimente de culpabilitae și rușine.

Toate acestea conduc la un nivel scăzut al autostimei, precum și la sentimentul absenței valorii personale.

Victima își spune mereu în gând că nu face lucrurile destul de bine, că nu are dreptul să se bucure de stima celorlalți și să fie fericită.

La unele persoane imaginea de sine are un caracter fluctuant, acestea având o opinie bună despre sine până în momentul când se confruntă cu o psihotraumă.

În cursul demersului terapeutic, nivelul autostimei, precum și sentimentele legate de identitatea proprie vor înregistra fluctuații și mai accentuate. Astfel, într-o primă etapă, reamintirea evenimentelor traumatice va accentua sentimentele de neajutorare, culpabilitate și ostilitate față de propria persoană.

Terapeutul consilier va trebui să-l îndrume pe client să învețe să se autoaprecieze și să se iubească, depășind postura de victimă pentru a deveni un supraviețuitor mândru de forța interioară și realizările sale.

Așa cum am mai subliniat, victima abuzului a înregistrat mesaje verbale sau non-verbale directe sau indirecte legate de faptul că a fost vinovată de ceea ce s-a petrecut, că este o persoană rea, incapabilă, lipsită de credibilitate.

Psihotrauma timpurie îl determină pe subiect să se simtă neajutorat, singur, fără să merite dragoste sau protecție din partea celorlalți.

De asemenea, copiii ignoranți, neglijați își reprimă propriul sistem de valori pozitive, începând să creadă că nu merită să fie fericiți și că nu sunt capabili să facă ceva pozitiv în viață, că nimic din ceea ce doresc sau întreprind nu are valoare și că în cele din urmă, viața lor nu contează.

În felul acesta supraviețuitorii abuzurilor se programează mental pentru autodistrugere.

Terapeutul consilier îl va ghida pe client să identifice situațiile și gândurile negative care îi vin în minte atunci când trăiește stări afective disfuncționale legate de imaginea de sine.

Întrebările pe care trebuie să și le adreseze acesta sunt de tipul următor:

„Când am început să mă simt astfel?"

„Am avut cumva vreo conversație care m-a bulversat?"

„M-am confruntat cu vreo persoană care m-a speriat sau m-a enervat?"

Scanned with OKEN Scanner

„Când am încetat să mai am o părere bună despre mine?"

Odată identificate evenimentele exterioare și gândurile negative care declanșează stările emoționale disfuncționale legate de imaginea de sine, subiectul este ghidat să se întrebe în continuare:

„Oare aceste sentimente nu-mi sunt cumva familiare?"

Apoi acesta este ghidat să se întoarcă în timp și să detecteze momentul când aceste gânduri și stări afective negative au apărut pentru prima oară. Astfel, clientul va trebui să descopere când a decis prima oară că este o persoană rea și lipsită de valoare.

În continuare acesta, aflat într-o stare de relaxare, va trebui să-și imagineze faptul că nutrește dragoste și compasiune pentru „copilul interior", lăsând în același timp ca sentimentele de ostilitate să iasă la iveală și să se descarce.

Conștientizarea și exprimarea acestor sentimente le face să-și piardă din semnificație și în cele din urmă, să dispară:

Cele mai frecvent întâlnite mesaje cu conținut negativ care se transformă în convingeri negative de bază sunt următoarele;

„Mă detest ca persoană și nu las pe nimeni să se apropie cu adevărat de mine."

„Nu merit cu adevărat să mă iubească cineva."

„Sunt sortit să rămân pentru totdeauna singur."

„Eu nu fac niciodată nimic bine; nici nu merită să mai încerc."

„Eu trebuie să fiu totdeauna perfect."

„Eu nu fac niciodată lucrurile destul de bine."

„Ceea ce doresc eu cu adevărat nu contează"

Descoperirea rădăcinilor gândurilor și sentimentelor negative legate de propria persoană (convingerile negative de bază) îl va determina pe client să conștientizeze faptul că el nutrește astfel de gânduri nu pentru că ele ar fi adevărate, ci fiindcă i-au fost induse de către alte persoane prin condiționare.

Următorul pas în cadrul demersului terapeutic va consta în ghidarea clientului să-și construiască o imagine de sine pozitivă. Pentru a realiza acest lucru trebuie parcurse următoarele etape:

1. Abordarea existenței dintr-o poziție centrală, prin prisma nevoilor și dorințelor proprii

Clientul trebuie să conștientizeze faptul că are dreptul la propriile sale opțiuni, valori și priorități. Atâta timp cât persoana va căuta să facă pe plac celorlalți sau să le câștige aprobarea, aceasta nu va deveni niciodată suficient de eficientă, plină de succes sau atrăgătoare.

Terapeutul îl va ghida pe client să stabilească exact ce anume dorește să facă, ce i se pare lui important sau cu cine ar dori să-și petreacă timpul.

Pentru a ajunge la acest stil de viață, clientul trebuie să-și însușească în prealabil un comportament asertiv.

Scanned with OKEN Scanner

2. Antrenamentul asertiv

Capacitatea subiectului de a stabili limite îl ajută pe acesta să se autoprotejeze, să-și gestioneze timpul și să spună nu atunci când nu dorește să facă un anumit lucru.

3. Instruirea clientului să realizeze cât mai multe activități agreabile, precum și activități în care are succes și care atrag după sine respectul și admirația celor din jur.

4. Sugestiile și autosugestiile cu conținut pozitiv, de întărire a ego-ului (Hartland, 1979)

Acestea vor fi administrate în stare de relaxare sau hipnoză și vor îmbrăca următoarea formă:

„Zi după zi devin tot mai puternic, tot mai echilibrat, tot mai stăpân pe sine, cu tot mai multă încredere în forțele proprii, tot mai sănătos, mai echilibrat, mai eficient... etc."

„Sunt puternic, eficient, valoros; merit stima și dragostea celorlalți..."

După ce acestea au fost exersate împreună cu terapeutul consilier, clientul va fi instruit să practice relaxarea și individual acasă, administrându-și autosugestii de îmbunătățire a imaginii de sine.

Sugestiile și autosugestiile vor acționa și mai eficient dacă acestea vor fi asociate cu ciclurile respiratorii, după modelul:

„Inspir energie, forță, încredere."

„Expir teamă, tristețe, nemulțumire."

5. Tehnica imaginației dirijate

Una dintre modalitățile cele mai eficiente de modificare a imaginii de sine negative este antrenamentul mental sau tehnica imaginației dirijate în stare de relaxare sau hipnoză în cadrul căreia clientul va fi învățat să formeze pe ecranul mental imaginea sa dorită. Acesta va vizualiza diverse scene în cadrul cărora se va „vedea pe sine" sănătos, eficient, prezentabil, având rezultate deosebite la învățătură, în activitatea profesională, performanțe sportive deosebite sau simțindu-se bine alături de persoana iubită.

6. Evidențierea pozitivului

Clienții depresivi, cu imagine de sine scăzută, sunt înclinați să acorde o atenție sporită aspectelor negative ale existenței și lucrurilor pe care nu le fac bine.

Terapeutul consilier îi va încuraja pe aceștia să realizeze liste cu lucrurile pe care le fac bine, incluzând chiar și elemente banale („gătesc bine", „dansez bine", „lucrez repede la calculator" etc.), precum și cu acele calități pe care le apreciază la propria persoană („sunt un bun ascultător", „am o siluetă frumoasă" etc.).

Clientul va fi instruit să recitească aceste liste ori de câte ori are tendința de a deveni excesiv de atocritic.

Este indicat, de asemenea, ca subiectul să interogheze câțiva prieteni apropiați în legătură cu ce anume le place acestora la persoana sa și să noteze relatările respective.

Scanned with OKEN Scanner

Maria, o clientă în vârstă de 36 de ani, cu studii medii, victimă a violenței domestice, relata:

„Simțeam că nimic din ceea ce spun sau doresc eu nu contează, că ceilalți nu mă vor asculta indiferent ce aș face. Ajunsesem să mă detest și să cred că acele lucruri îngrozitoare pe care le spunea soțul meu atunci când mă bătea erau adevărate. Acum mă simt mult mai încrezătoare în forțele proprii. Când eram mai tânără existau anumite lucruri care îmi plăceau la mine și pe care le-am redescoperit acum: eram creativă, vioaie, dinamică, veselă... Înainte mă temeam teribil de ce vor spune ceilalți despre mine iar acum nu-mi mai pasă deloc. Mă simt bine așa cum sunt, indiferent dacă celorlalți le place sau nu..."

7. Ancorarea în prezent

În momentul în care clientul se simte cuprins de disperare și de sentimente de ostilitate față de propria persoană, i se recomandă acestuia să realizeze o activitate de rutină pe care o poate duce la bun sfârșit (să gătească, să facă ordine în casă, să scrie o scrisoare etc.).

8. Cultivarea unor relații cu persoane care îl apreciază pe client și cred în bunătatea acestuia și în capacitatea lui de a depăși dificultățile și de a se autoconduce în viață.

În același timp, clientul va trebui să limiteze sau chiar să renunțe la relațiile cu indivizii care îl fac să se simtă prost: soțul sau prietenul abuziv, vecinii sau colegii de serviciu care îl exploatează etc.

Persoanele care îl apreciază pe client pot fi prieteni sau doar cunoștințe cum ar fi terapeutul consilier, asistentul social, un profesor sau un membru al familiei.

9. Utilizarea unir ritualuri terapeutice

Ellen Bass și Laura Davis (1994) citează cazul unui cliente, victimă a unor abuzuri sexuale din partea unor membri ai familiei, care în timpul demersului terapeutic a decis să-și schimbe numele. Sub îndrumarea consilierului terapeut, clienta și-a ales un nume simbolic, „Rachel, fiica luminii", a invitat câțiva prieteni apropiați împreună cu care a oficiet un fel de ceremonie a botezului după modelul cultului mozaic.

II. Conștientizarea trăirilor afective

Așa cum subliniază psihanaliștii, psihotraumele timpurii conduc la reprimarea emoțiilor și, datorită acestui mecanism defensiv, persoana reușește să supraviețuiască și să funcționeze într-o oarecare măsură în plan social și profesional.

Un element important în cadrul procesului de recuperare îl reprezintă reintrarea clientului în contact cu propriile stări afective.

Cu cât subiectul reușește mai bine să-și accepte emoțiile și sentimentele fără a le evalua sau judeca, cu atât va deveni capabil să lucreze asupra lor, să le controleze și să învețe ceva de la acestea.

Scanned with OKEN Scanner

Pașii pe care trebuie să-i parcurgă o persoană pentru a intra în contact cu propriile stări afective sunt următorii:

1. Focalizarea atenției spre interior și conștientizarea senzorială

Clientul trebuie să învețe să detecteze diverse senzații fiziologice cum ar fi ritmul respirator, încordarea sau relaxarea diferitelor grupe musculare, bătăile inimii, diverse senzații care apar în zona aparatului digestiv, modificările de temperatură de la nivelul extremităților etc. Aceste senzații corporale reprezintă indicatori ai modului de funcționare a organismului, dar și ai stărilor emoționale pe care le încearcă persoana.

Demersul de conștientizare senzorială este cu atât mai important pentru victimele unor abuzuri sau psihotraume severe, deoarece la aceștia se produce un fenomen de tip disociativ între stările psihice și cele fiziologice, precum și între procesele cognitive și cele afective.

Odată realizată conștientizarea senzorială, clientul va fi ghidat să sesizeze legătura dintre senzațiile fiziologice și stările afective.

2. Intrarea în contact cu emoțiile și sentimentele proprii

Activitățile creative, de tip artistic, reprezintă o modalitate eficientă de a realiza acest lucru, art-terapeuții recomandând clienților lor să asculte muzică, să danseze, să modeleze sau să picteze. De pildă, Amy Pine, o specialistă în domeniul art-terapiei, le recomandă clienților să-și picteze stările afective actuale și apoi pe cele pe care ar dori să le trăiască.

Pentru pacienții cu capacități introspective mai reduse, Ellen Bass și Laura Davis (1994, p. 205) recomandă și utilizarea unor liste de adjective care să exprime stări afective, clientul urmând să le bifeze pe cele care i se potrivesc după modelul următor: agitat, frustrat, lovit, speriat, gelos, trist, disperat, deprimat, mulțumit, fericit, vesel, timorat, nervos, mânios etc.

De îndată ce clientul a fost „deblocat", recâștigând accesul la propriile sale sentimente, acesta va fi încurajat să le trăiască plenar fără să se teamă de ele sau să încerce să întreprindă ceva pentru a le alunga, chiar dacă este vorba de stări afective negative cum ar fi mânia, tristețea sau disperarea.

O tehnică deosebit de eficientă constă în utilizarea antrenamentului mental în cadrul căruia terapeutul îl va ajuta pe client să retrăiască în stare de relaxare sau transă hipnotică psihotrauma suferită pentru a realiza o descărcare (catharsis) a stărilor emoționale trăite în acele momente.

Ulterior, în cadrul demersului de consiliere sau psihoterapie, terapeutul îl va ghida pe client să reinterpreteze cele petrecute. De pildă, în cazul unei cliente care fusese victima unei tâlhării cu agresiune fizică ce a condus la un traumatism craniocerebral (din fericire fără urmări în plan somatic), terapeutul a reetichetat evenimentul ca fiind o încercare a destinului din care aceasta a ieșit victorioasă și a evoluat în plan spiritual.

Scanned with OKEN Scanner

Un alt element important în cadrul demersului terapeutic pentru persoanele traumatizate constă în integrarea trăirilor afective în cadrul propriei persoane deoarece acceptarea și exprimarea liberă a emoțiilor le fac să dispară sau să se transforme în emoții acceptabile sau chiar pozitive, în timp ce reprimarea acestora generează tensiuni psihice.

Atunci când se lucrează asupra unor stări afective reprimate în urmă cu mult timp, acest proces de transformare nu va fi la fel de rapid ca și în cazul unor stări emoționale de dată recentă, dar toate stările emoționale, odată conștientizate și exprimate, au tendința să se modifice.

În cadrul procesului de intrare în contatct cu propriile stări afective este indicat ca subiectul să mențină legătura cu persoane suportive (terapeut, consilier, prieten) care să-i acorde sprijin și să-i servească drept model.

După ce a reușit să conștientizeze și să retrăiască stările emoționale reprimate, clientul traumatizat va fi învățat să le exprime într-o manieră acceptabilă pentru a realiza o bună comunicare cu cei din jur și acest lucru se realizează prin intermediul limbajului non-verbal (mimică și pantomimică) precum și prin intermediul unor afirmații directe adresate la momentul potrivit și persoanelor potrivite.

Deoarece nu trăim într-o lume ideală, clientul va fi învățat să ia decizia corectă când este indicat și când nu să-și exprime aceste stări emoționale. Astfel, exprimarea furiei față de un polițist care tocmai l-a amendat sau față de patron, nu ar reprezenta un comportament prea înțelept.

Stările emoționale trebuie însă exprimate deschis în fața persoanelor cu care subiectul dorește să aibă o relație bazată pe încredere.

Clientul, victimă a unor abuzuri din copilărie, poate decide să urmeze un program de psihoterapie experiențială, psihodramă sau hipnoanaliză, program condus de un specialist competent.

Amy Pine (apud Bass și Davis, 1994, p. 208) propune însă câteva exerciții simple de descărcare emoțională, care pot fi realizate sub îndrumarea unui consilier sau cu ajutorul unei persoane suportive.

- Descărcarea furiei și ostilității

Clientul, asistat de persoana de sprijin, va lovi cu putere o pernă sau o saltea cu ajutorul unei rachete de tenis. Acestuia îi este permis și să profereze injurii dacă simte nevoia să o facă.

Persoana de sprijin îl încurajează în timpul exercițiului și discută cu el după terminarea acestuia în legătură cu natura sentimentelor exprimate.

- Descărcarea tristeții legate de o pierdere

În cazul în care clientul trăiește o reacție de doliu și nu reușește să plângă, i se poate recomanda un exercițiu de respirație în cadrul căruia inspirațiile sunt scurte și sacadate, iar expirațiile prelungite. În continuare acesta va fi ghidat să observe stările afective, gândurile și reacțiile fiziologice care se declanșează.

- Descărcarea tensiunii emoționale

Scanned with OKEN Scanner

Clientul poate fi instruit să se lupte cu un prieten, să spargă lemne sau să înoate.

Exprimarea unor stări afective negative puternice într-un cadru structurat le împiedică să scape de sub control.

În cazul în care clientul constată faptul că se comportă necorespunzător (își gonește copiii, strigă la subalterni sau se înfurie în mod nejustificat pe partenerul de viață), probabil că ese vorba de o direcționare greșită a ostilității, acesta fiind ajutat să separe vechile resentimente de stările actuale și să-și descarce tensiunile în mod simbolic.

III. Terapia atacurilor de panică

Frecvent, persoanele traumatizate în copilărie dezvoltă atacuri de panică ale căror cauze sunt de cele mai multe ori necunoscute pentru subiect.

Un atac de panică se caracterizează printr-o activare fiziologică bruscă ce apare din senin sau ca reacție la confruntarea cu o situație fobică.

Dintre simptomele fizice amintim palpitațiile, constricția toracică, senzația de sufocare, senzația de leșin, transpirațiile abundente, tremorul extremităților etc.

Simptomele psihologice care însoțesc aceste manifestari sunt reprezentate de senzația de irealitate, dorința imperioasă de a fugi din locul în care se află subiectul, teama că va înnebuni, va muri sau va comite un act necontrolat.

Primul atac de panică traumatizează subiectul, care se simte îngrozit, neajutorat și cu o puternică anxietate anticipatorie legată de posibilitatea reapariției simptomelor.

Din nefericire, majoritatea atacurilor de panică au tendința de a se repeta.

Psihoterapia atacurilor de panică îl ajută pe subiect să-și controleze stările respective, reducându-le intensitatea și frecvența.

Aceasta presupune:

- practicarea cu regularitate a relaxării;
- practicarea unor exerciții fizice;
- regim alimentar cu eliminarea substanțelor stimulente (mai ales alcool, cafea, zahăr și nicotină);
- deprinderea subiectului de a-și exprima deschis unele stări afective negative (mai ales ostilitate și tristețe);
- modificarea gândurilor și atitudinilor disfuncționale negative.

Pacientului trebuie să i se explice faptul că atacul de panică, deși pare o experiență terifiantă, este total nepericulos, reprezentând o reacție psihofiziologică la stres desprinsă din context. E vorba de reacția instinctivă de fugă sau luptă, pe care o dezvoltă mamiferele atunci când sunt amenințate, această reacție având rolul de a mobiliza organismul pentru a face față pericolului.

Să presupunem că unei persoane i s-a oprit autoturismul la intersecția cu o cale ferată, și trenul se vede deja în depărtare. În acest moment se produce o descăr-

Scanned with OKEN Scanner

care puternică de adrenalină, şi subiectul simte nevoia imperioasă de a o lua la fugă. Senzaţiile fiziologice sunt: accelerarea pulsului şi ritmului respirator, supraîncordarea musculară, creşterea afluxului de sânge la nivelul muşchilor, răcirea extremităţilor datorită vasoconstricţiei periferice, creşterea cantităţii de zahăr în sânge şi transpiraţiile abundente. Aceste reacţii vor contribui la mobilizarea energiei subiectului, ajutându-l să-şi salveze viaţa.

În cazul atacului de panică, reacţiile sunt identice, deşi ameninţarea lipseşte. În agorafobie, reacţiile respective apar la confruntarea cu unele situaţii care nu sunt ameninţătoare pentru majoritatea oamenilor (de pildă, atunci când persoana stă la o coadă pentru a cumpăra un produs).

Faptul că subiectul nu-şi explică apariţia reacţiilor respective le face şi mai ameninţătoare, teama acestuia amplificându-se simţitor.

Nu s-a elucidat pe deplin mecanismul declanşării atacului de panică. Unii autori îl pun pe seama unui dezechilibru fiziologic la nivelul organismului, alţii îl atribuie efectelor unui stres prelungit. Cu toate acestea, doar unele persoane care au fost supuse stresului dezvoltă această tulburare.

Deoarece subiectul nu reuşeşte să identifice o situaţie ameninţătoare exterioară, el va avea tendinţa de a atribui pericolul chiar senzaţiilor fiziologice, pe care le interpretează ca o ameninţare la adresa vieţii sale.

Astfel, pacientul îşi spune în gând:

„Dacă mă simt rău, trebuie să existe o ameninţare şi dacă aceasta nu este exterioară, de bună seamă se află în interiorul organismului."

Ca răspuns la senzaţiile fiziologice, subiectul îşi va spune în gând următoarele:

- Pentru palpitaţii: „Voi face un atac de cord sau voi muri".
- Pentru senzaţii de sufocare: „Respiraţia mea se va opri, mă voi asfixia şi voi muri".
- Senzaţii de ameţeală: „Voi leşina şi voi cădea".
- Senzatii de irealitate, de dezorientare: „Voi înnebuni".
- Senzaţia de slăbiciune în picioare: „Nu voi putea să mai merg, voi cădea".
- Ca reacţie la toate simptomele corporale: „Îmi voi pierde complet controlul de sine".

Pe măsură ce subiectul îşi spune în gând că se va produce vreuna din situaţiile de mai sus, el îşi va amplifica, la rândul său, reacţiile fiziologice, şi în felul acesta se va produce un cerc vicios care va contribui la sporirea panicii.

Cercul vicios nu poate fi „spart" decât dacă pacientul va conştientiza absenţa pericolului.

Prezentăm, mai jos, câteva tehnici de contracarare a atacurilor de panică:

1. Destrămarea legăturii dintre senzaţiile corporale şi gândurile negative catastrofizante.

Scanned with OKEN Scanner

Indivizii care suferă de atacuri de panică au tendința de a interpreta simptomele corporale neobișnuite sau deranjante într-un mod catastrofic. De pildă, palpitațiile sunt considerate semnalele unui posibil atac de cord, amețelile o prevestire a unui leșin sau a morții, iar respirația accelerată un semn că persoana se va asfixia. Aceste interpretări au drept consecință concentrarea atenției subiectului asupra senzațiilor corporale, ceea ce nu face decât să le amplifice.

Pacientul este instruit să oprească interpretările catastrofizante ale unor simptome somatice și să se obișnuiască să tolereze simptomele considerate nepericuloase.

Inițial, acesta este învățat să identifice simptomele fiziologice pe care are tendința să le interpreteze drept semnele unui pericol iminent (tahicardie, amețeli, dificultăți de respirație, traume etc.).

Urmează apoi identificarea gândurilor catastrofizante referitoare la simptome („voi muri"; „voi înnebuni"; „voi face un infarct"; „îmi voi pierde controlul"; „am o tumoră cerebrală" etc.), și stabilirea conexiunii dintre senzații și gândurile negative, ca de pildă:

Palpitații – „Voi face un infarct"; „O să mor."

Pasul următor al terapiei constă în identificarea unor explicații alternative pentru simptomele fiziologice care îl sperie pe subiect. De pildă, i se poate explica faptul că palpitațiile nu reprezintă semnalul unui infarct. Accelerarea ritmului cardiac este cauzată de creșterea secreției de adrenalină, care activează sistemul nervos simpatic în fazele inițiale ale instalării anxietății. Aceste reacții nu sunt periculoase, chiar dacă se prelungesc un anumit timp.

2. O altă modalitate de abordare a atacurilor de panică constă în producerea voluntară a reacțiilor fiziologice specifice. Acest lucru se realizează în cursul ședinței de psihoterapie, sub directa îndrumare a terapeutului. De pildă, pacientul este instruit să hiperventileze timp de două minute, situație în care se produc amețeli și apar dificultăți respiratorii. Deși subiectul resimte simptomele respective, procedura este total nepericuloasă, deoarece îi oferă posibilitatea să trăiască senzațiile fiziologice incriminate, în condiții de securitate deplină. În felul acesta, clientul învață din proprie experiență că nu se întâmplă nimic rău atunci când apar asemenea fenomene, pe care înainte avea tendința să le catastrofizeze.

3. Instruirea pacientului să nu lupte împotriva atacului de panică.

Încercarea de a rezista sau a lupta împotriva unui atac de panică nu produce decât amplificarea acestuia.

Claire Wekes (1978) prezintă două modalități de contracarare a atacului de panică:

- Acceptați simptomele fără să încercați să le evitați.

Tentativa de a reprima sau de a evita simptomele timpurii .ale atacului de panică reprezintă o modalitate indirectă de a ne spune că nu putem face față respectivului atac, și acest fapt va accentua starea de panică. Subiectul ar adopta o atitu-

Scanned with OKEN Scanner

dine mai constructivă dacă ar gândi în termenii următori: „Iată, atacul s-a instalat din nou. Voi lăsa organismul meu să-şi declanşeze reacţiile şi voi supravieţui. Am mai procedat la fel şi alta dată."

- Acceptaţi tot ceea ce face organismul, fără să luptaţi împotriva simptomelor.

Atunci când subiectul încearcă să facă faţă atacului de panică, el se încordează şi mai mult, ceea ce îi sporeşte anxietatea. Adoptarea unei atitudini pasive determină dispariţia mai rapidă a atacului de panică. Pacientul trebuie să ajungă să-şi poată observa reacţiile de activare fiziologică, oricât de neplăcute ar fi acestea, fără să reacţioneze la ele printr-o anxietate şi mai mare.

Alte strategii de contracarare a atacului de panică în stadiu incipient

Pacientul trebuie să înveţe să identifice semnalele iniţiale personale ale unui posibil atac de panică, înainte ca simptomele să scape de sub control.

Ulterior, se pot utiliza următoarele strategii:

Retragerea

Dacă subiectul e pe punctul de a se confrunta sau se află deja în situaţia faţă de care are o fobie, este bine să iasă din respectiva împrejurare, până când anxietatea descreşte.

O importanţă deosebită o prezintă realizarea distincţiei dintre retragere şi fuga din situaţia anxiogenă. Retragerea presupune părăsirea temporară a situaţiei, cu intenţia de a reveni atunci când subiectul se va simţi mai bine, în timp ce comportamentul de fugă nu face decât să întărească fobia. Atunci când pacientul nu mai revine în situaţie, el ajunge s-o considere intolerabilă, limitându-se doar să fugă din aceasta.

Angajarea într-o discuţie cu o altă persoană

Această strategie contribuie la distragerea atenţiei subiectului de la simptome şi gânduri cu conţinut anxiogen.

Angajarea într-o activitate fizică

Mişcarea contribuie la descărcarea energiei suplimentare produse de secreţia sporită de adrenalină.

Dacă se află la locul de muncă, pacientul poate să meargă la bufet sau într-un alt birou, iar acasă are posibilitatea să desfăşoare activităţi gospodăreşti care solicită efort fizic.

Ancorarea în prezent

Se recomandă concentrarea atenţiei asupra obiectelor din jur. Astfel, subiectul poate să observe obiectele expuse într-o vitrină sau mobilierul dintr-o încăpere, acordând mai puţină atenţie simptomelor psihofiziologice sau gândurilor catastrofizante. Se poate sugera pacientului chiar să atingă unele obiecte care se află în imediata sa apropiere, pentru a fi şi mai puternic ancorat în prezentul imediat.

Scanned with OKEN Scanner

Angajarea în activități simple, cu caracter repetitiv

Aceste activități au, de asemenea, menirea de a abate atenția de la senzațiile și gândurile negative.

Astfel, subiectului i se poate recomanda:

- să numere de la 100 la 1;
- să numere persoanele care stau la o coadă, banii pe care-i are asupra sa, mașinile de o anumită culoare etc.;
- să fredoneze o melodie etc.

Desfășurarea unei activități care presupune concentrarea atenției

Asemenea activități sunt mai dificil de realizat când subiectul este anxios sau panicat. Cu toate acestea, ele reprezintă modalități de distragere foarte eficiente dacă subiectul reușește sa se angreneze în ele.

Se poate recomanda:

- citirea unui roman sau a unei reviste;
- dezlegarea unui rebus;
- tricotat sau cusut;
- monitorizarea nivelului anxietății;
- jocuri de cărți sau jocuri pe calculator;
- efectuarea unor calcule sau rezolvarea anumitor probleme;
- cântatul la un instrument muzical;
- planificarea activităților zilnice;
- desen, pictură, modelaj.

Exprimarea deschisă a ostilității

Ostilitatea și anxietatea reprezintă reacții incompatibile, care nu pot fi trăite simultan. Observațiile clinice au evidențiat faptul că anxietatea și panica au la bază sentimente reprimate de furie, ostilitate și frustrare.

Bourne (1995, p. 123) recomandă manifestarea ostilității în plan fizic prin descărcarea pe obiecte. Astfel, pacientul poate lovi o pernă, un manechin, sau poate sparge un obiect fără valoare.

Trăirea unei experiențe plăcute directe

La fel cum ostilitatea și anxietatea sunt incompatibile, tot așa trăirea sentimentului de plăcere nu poate merge mână în mână cu anxietatea.

Pacientului i se poate recomanda:

- să mănânce ceva ce îi place (nu zahăr sau alimente iritante);
- să facă dragoste;
- să facă un duș sau să se relaxeze într-o baie caldă.

Vizualizarea unei persoane sau a unei scene care reconfortează pacientul

Dacă subiectul sesizează semnele incipiente ale anxietății, el poate să-și reprezinte o persoană care îl face să se simtă în siguranță, sau o scenă liniștitoare.

Oprirea gândurilor

Pacientul este instruit să inspire profund și să-și spună stop! atunci când sesizează prezența senzațiilor neplăcute sau a gândurilor negative. El poate face

acest lucru cu voce tare, atunci când e singur, sau în gând, dacă mai există și alte persoane în jur.

De asemenea, se poate vizualiza semnul STOP!

După repetarea exercițiului de câteva ori, se va trece la înlocuirea gândurilor anxiogene cu gânduri liniștitoare, cu caracter suportiv: „totul va trece"; „sunt calm și puternic" etc.

Practic, pacientul poate utiliza orice tehnică menită să-l ajute să nu mai fie prizonierul gândurilor negative (respirații controlate, exerciții fizice etc.).

Toate strategiile descrise mai sus pot fi utilizate pentru oprirea sau reducerea unui atac de panică aflat într-o fază incipientă, baza lor constând în distragerea atenției. Cele patru strategii pe care le vom descrie în continuare presupun distragere, dar merg ceva mai mult în profunzime, respectiv la cauzele atacurilor de panică: supraactivarea fiziologică și vorbirea interioară cu conținut anxiogen. Aceste strategii au drept scop contracararea reacției fiziologice de panică, în timp ce ultima strategie urmărește reprimarea vorbirii interioare care accentuează spaima subiectului.

Exerciții de respirație abdominală

Respirația abdominală lentă și calmă poate contribuie la reducerea simptomele fiziologice ale atacului de panică, respectiv accelerarea ritmului respirator, constricția toracică, ducând la dispariția simptomelor de hiperventilație datorate respirației claviculare accelerate (ameteli, dezorientare, senzație de irealitate).

Se recomandă subiectului care a detectat simptomele timpurii ale atacului de panică să respire abdominal timp de 3-4 minute.

Exercițiile de relaxare

Se pot utiliza exerciții din programul de antrenament autogen al lui Schultz sau din cadrul relaxării progresive Jacobson.

Există subiecți la care relaxarea va da rezultate mai bune decât gimnastica respiratorie, în timp ce pentru alții pare să fie indicată o combinație dintre exercițiile de respirație și cele de relaxare.

Repetarea mentală a unor sugestii cu conținut pozitiv

Vorbirea interioară cu conținut negativ nu face decât să agraveze atacurile de panică. În timp ce reacțiile fiziologice specifice atacului de panică apar brusc și parcă din senin (anxietate primară), reacțiile emoționale la aceste simptome (anxietate secundară) se datorează vorbirii interioare, prin intermediul căreia subiectul își spune în gând cât de groaznice și cât de periculoase sunt simptomele sale, care îi vor provoca pierderea autocontrolului, nebunia sau moartea.

Dacă va fi învățat să-și accepte simptomele și să-și autoadministreze formule sugestive cu conținut liniștitor, el va putea reduce sau chiar opri escaladarea acestora („pot face față acestor simptome"; „totul va trece"; „este vorba doar de anxietate").

Practicarea exercițiilor de relaxare (sau de respirație) cu autosugestii liniștitoare

Scanned with OKEN Scanner

La apariția primelor simptome ale atacului de panică, subiectul se relaxează și își repetă în gând autosugestiile cu caracter calmant, menite să-l ajute să facă față atacului de panică.

Același lucru se poate realiza în timpul unui exercițiu de respirație abdominală, după modelul:

„Inspir calm, liniște, destindere."

„Expir teamă, agitație, încordare" sau

„Pot face față acestei stări" – inspirație.

„Totul va trece și mă voi relaxa" – expirație.

Pentru multe persoane traumatizate în copilărie și stările afective pozitive pot fi anxiogene, deoarece subiectul a învățat încă de timpuriu că după o stare de bucurie urmează o nenorocire.

Aceștia consideră fie că nu merită să fie fericiți, fie nutresc convingerea de tip superstițios conform căreia trăirea stării de bucurie atrage după sine apariția unui eveniment negativ.

Subiectul va trebui să învețe să tolereze stările afective pozitive și pentru a realiza acest lucru terapeutul îi va reomanda să realizeze cât mai multe activități agreabile asupra cărora își va concentra toată atenția.

IV. Conștientizarea senzorială

Abuzurile din copilărie conduc la disocierea psihic-fizic, deteriorând relația subiectului cu propriul corp.

Copilul mic învață ceva despre sine prin intermediul senzațiilor corporale, toate stările afective cum ar fi teamă, dragoste, acceptare, respingere, furie etc. se manifestă inițial în plan psihofiziologic.

În urma unei experiențe de abuz, copilul învață faptul că lumea nu reprezintă un loc sigur și caută să se adapteze acestei situații declanșând comportamente dezadaptative: disociere, analgezie, adicție sau automutilare.

Demersul terapeutic trebuie să vizeze și reducerea disocierii, înstrăinării de corpul propriu, subiectul trecând de la detașarea și respingerea corpului propriu la autoacceptare și dragoste de sine.

Terapeutul consilier îl va încuraja pe client să-și adreseze în stare de relaxare autosugestii pozitive referitoare la corpul său:

„Trupul meu este sănătos și puternic și mă slujește bine";

„Lumina spiritului meu normal strălucește pe fața mea."

O altă tehnică eficientă constă în utilizarea tehnicii antrenamentului mental asupra imaginii corporale ideale.

Clientul, aflat în stare de relaxare sau hipnoză este dirijat să formeze pe ecranul mental imaginea sa dezirabilă cu cât mai multe detalii. În continuare, acesta își va închipui că se identifică cu imaginea ideală.

Scanned with OKEN Scanner

Clientului i se va cere în cadrul temelor pentru acasă să se privească în oglindă fără o atitudine autocritică și să facă „cunoștință cu propriul corp", fără a-l privi prin prisma persoanei care a comis abuzul, a părintelui critic sau a normelor lansate de mass-media.

Corpul propriu va trebui să fie tratat cu grijă și simpatie. Astfel, clientului i se poate recomanda să facă băi de plante, masaj, înot, gimnastică aerobică sau alte tipuri de exerciții fizice agreabile.

Așa cum am mai subliniat, multe victime ale unor agresiuni fizice de orice tip au tendința de a se dedubla, trăind diversele experiențe de viață doar la nivel mental.

Acest tip de experiență pe care o realizează practicanții de Yoga după mulți ani de practică, se poate atinge foarte ușor de către copii și chiar de unii adulți sever traumatizați.

Mulți dintre clienții noștri care au solicitat psihoterapie pentru a depăși o traumă, afirmau că și-au văzut corpul de undeva de sus sau au avut senzația că nu sunt prezenți în interiorul acestuia, ei fiind undeva în cap.

În cadrul exercițiilor de conștientizare senzorială, clientul va fi instruit să-și îndrepte atenția spre interior urmărind mental respirația, modul în care se deplasează sau realizează diverse alt acțiuni.

Mulți clienți cu tulburări post-traumatice de stres au decis în plan interior că propriul corp le aduce multe necazuri, așa că au hotărât să-i ignore semnalele.

Drept consecință, aceștia continuă să lucreze atunci când sunt bolnavi, uită să se îmbrace adecvat atunci când este frig, sau muncesc până la epuizare, aceste comportamente conducând la înrăutățirea stării de sănătate.

Unul dintre clienții nostri, lucrător în poliție, a trebuit să se pensioneze medical în urma unei intervenții chirurgicale la coloana vertebrală pentru că și-a ignorat pur și simplu simptomele mai mult de 6 luni. În timpul interviului clinic acesta relata următoarele: „Niciodată nu am fost în contact cu propriul meu corp și am ajuns la operație pentru că mi-am ignorat durerile luni de zile, deși am beneficiat de asistență medicală gratuită și de calitate. Nimic nu ar fi trebuit să mă țină departe de medici în afară de faptul că nu doream să accept boala pentru că aveam ceva important de făcut: să-mi cumpăr o mașină și să termin masteratul."

Conștientizarea mesajelor corporale nu ne ajută doar să prevenim îmbolnăvirile, ci și să ne detectăm nevoile și stările afective.

Un simptom frecvent întâlnit la victimele unor situații traumatizante este insomnia. Atunci când aceasta nu a devenit încă un simptom psihopatologic care necesită tratament psihiatric sau o psihoterapie mai complexă, ea poate fi combătută dacă se respectă câteva reguli simple:

- consumarea unui pahar de lapte sau a unui ceai calmant seara la culcare;
- o baie caldă cu substanțe aromate înainte de culcare;
- evitarea unor exerciții fizice seara;
- evitarea unor activități stresante seara;

Scanned with OKEN Scanner

- subiectul nu trebuie să se culce decât atunci când se simte obosit;
- este indicat ca persoana stresată să-și acorde o jumătate de oră din timpul zilei (nu seara) când va trebui să-și facă griji în mod deliberat;
- ascultarea unei casete cu muzică relaxantă;
- vizualizarea unor scene liniștitoare;
- realizarea unei ambianțe plăcute, liniștitoare și securizante în camera de dormit;
- în cazul în care, în ciuda acestor măsuri, clientul continuă să aibă insomnii, este indicat ca acesta să nu se enerveze, să nu-și adreseze reproșuri, sau să facă eforturi de a adormi, ci să desfășoare activități cu conținut plăcut și util (să citească o carte, să scrie într-un jurnal, să deseneze sau să pregătească ceva deosebit la bucătărie etc.).

Frecvent persoanele traumatizate au tendința de a se refugia în alcool sau droguri care, pentru moment, le aduc o ușurare și o iluzie a autocontrolului, dar pe termen lung îi distrug fizic, le deteriorează imaginea de sine, sistemul de relații interpersonale, cariera și pot determnia chiar la pierderea vieții.

Așa cum am subliniat mai sus, alcoolul și drogurile sunt eficiente pe termen scurt pentru că îi fac pe subiecți să nu mai trăiască stările afective negative, eliberându-i de amintirile psihotraumatizante dureroase.

Procesul terapeutic de vindecare presupune însă accesul la propriile sentimente și reanalizarea propriei existențe dintr-o altă perspectivă.

În astfel de situații se recomandă includerea clientului într-un program serios de recuperare care să implice tratament psihiatric și psihoterapie individuală și de grup, realizate sub îndrumarea unor terapeuți specializați în aceste domenii.

Subliniem faptul că este foarte dificil pentru client să renunțe dintr-o dată la mai multe forme de dependență. În cazul în care acesta este dependent de droguri, alcool și nicotină, se va începe cu renunțarea la droguri, celelalte fiind abordate succesiv.

O altă problemă o reprezintă tulburările conduitei alimentare care se întâlnesc de asemenea frecvent la persoanele care au suferit abuzuri în copilărie. Acestea au tendința de a mânca în mod compulsiv fie pentru a se elibera de depresie sau anxietate, excesele alimentare reprezentând o modalitate de fugă din fața realității, fie pentru că ele privesc supraalimentarea ca pe o unică formă de a se autogratifica, administrându-și alimente în loc de afecțiune, fie din nevoia de autoprotecție.

Motivația de autoprotecție apare mai ales la femeile de care s-a abuzat sexual, deoarece în cultura occidentală femeile mai pline sunt considerate mai puțin atrăgătoare, fapt ce le determină să se simtă mai puțin vulnerabile.

O motivație asemănătoare poate să apară și la tinerele cu anorexie nervoasă care refuză condiția de femei adulte. În mod inconștient, acestea consideră că dacă nu au sâni sau șolduri nu vor fi agresate sexual.

Putem presupune astfel că anorexia sau bulimia reprezintă comportamente defensive prin intermediul cărora subiectul face eforturi de a recâștiga un control

asupra corpului propriu, control care a fost pierdut în urma abuzurilor repetate comise asupra sa în copilărie.

De asemenea, reacţiile de vomă specifice comportamentului bulimic pot fi interpretate prin prisma unor concepte psihodinamice ca reprezentând o reacţie de protest împotriva unui abuz, mai ales de natură sexuală.

Terapeuţii consilieri recomandă în astfel de situaţii angajarea clientului într-un demers psihoterapeutic de specialitate în cadrul căruia acesta să achiziţioneaze deprinderi psihologice de autoprotecţie şi de comportament asertiv (să înveţe să spună „nu" şi altfel decât prin intermediul unor simptome dezadaptative cu caracter autodestructiv).

Există şi cazuri în care victimele unor abuzuri din copilărie dezvoltă o tulburare de personalitate de tip „borderline" (marginală), unele dintre trăsăturile acesteia fiind comportamentele parasuicidare de automutilare (se taie cu cuţite sau lame, se ard cu ţigara etc.), care reprezintă o manieră de a perpetua comportamentul abuziv asupra propriei persoane în scopul de a se autopedepsi sau de a-şi exprima furia.

Şi în aceste cazuri este necesară psihoterapia şi uneori chiar un tratament psihiatric, iar ceea ce trebuie să reînveţe subiectul este faptul că merită afecţiune din partea celorlalţi, precum şi a propriei persoane. Acesta va fi ghidat să realizeze o descărcare a tensiunilor acumulate prin intermediul unor activităţi fizice sau prin tehnici terapeutice care să faciliteze exprimare liberă a emoţiilor.

Un procent al persoanelor abuzate în copilărie, mai ales femeile, sunt agresate şi la vârsta adultă, devenind victime ale unor violuri sau ale violenţei domestice. Atunci când astfel de fenomene se petrec, victimele se simt vinovate, considerând că într-un fel sau altul au meritat ce li s-a întâmplat.

Motivul pentru care multe persoane abuzate în copilărie devin victime şi la vârsta adultă îl constituie faptul că acestea au „învăţat" să intre în rolul de victimă.

În astfel de cazuri se recomandă psihoterapia asertivă, precum şi însuşirea unor tehnici de autoapărare, astfel încât subiectul să înveţe să lupte împotriva agresorului în plan verbal şi comportamental.

V. Reconstruirea unor relaţii interpersonale bazate pe încredere, respect reciproc şi afecţiune

Relaţiile interpersonale care presupun intimitate au loc cu partenerul de viaţă, prieteni sau cu alţi membri ai familiei.

Victimele abuzurilor timpurii şi-au pierdut încrederea în ceilalţi, aceştia considerând relaţiile apropiate anxiogene, sufocante sau intruzive. Acestea devin incapabile să întreţină relaţii apropiate şi mature, se tem de statutul specific vârstei adulte, de apropierea fizică sau, dimpotrivă, conferă o încărcătură erotică unor relaţii în cadrul cărora aceasta nu-şi are locul.

Scanned with OKEN Scanner

Subiectul devine singuratic, alienat sau prins în capcana unei relații care nu-i aduce nici un fel de satisfacție. Acesta nu știe să refuze sau să stabilească limite în cadrul contactelor cu ceilalți.

Primul pas în construirea unor relații interpersonale sănătoase constă în a testa calitatea relației actuale cu persoana semnificativă.

Clientul va trebui să-și adreseze următoarele întrebări (Ellen Bass și Laura Davis, 1994, p. 235).

„Respect eu persoana de lângă mine?"

„Mă respectă aceasta, la rândul său?"

„Pot comunica eficient cu ea?"

„Putem să depășim împreună situațiile conflictuale?"

„Suntem capabili de compromisuri reciproce?"

„Este vorba de o relație în cadrul căreia fiecare dă și primește în mod echitabil?"

„Pot să fiu sincer, pot să-mi dezvălui sentimentele adevărate?"

„Își asumă fiecare partener responsabilitatea pentru părțile pozitive și cele negative ale relației?"

„Mă face această relație să progresez sau, dimpotrivă, mă trage în jos?"

„Îmi pot atinge obiectivele personale în cadrul acestei relații?"

„Mă susține partenerul în demersul terapeutic și de autoperfecționare?"

„Este dispus acesta să-mi acorde sprijin?"

În cazul în care majoritatea răspunsurilor sunt afirmative, este vorba de o relație interpersonală solidă și sănătoasă; dacă subiectul nu este sigur de răspuns, avem de-a face fie cu o relație interpersonală nouă, fie acesta nu cere prea mult de la o relație. Dacă însă majoritatea răspunsurilor sunt negative, persoana în cauză trebuie să încerce să modifice relația sau să iasă din aceasta.

Ginny NiCarthy (1997) prezintă o serie de îndrumări pentru identificarea unor relații interpersonale abuzive, dintre care prezentăm câteva:

Abuzuri fizice

- partenerul îl trage sau îl împinge;
- îl oprește să iasă din casă; îl încuie în casă;
- îl pălmuiește, îl lovește, încearcă să-l strângă de gât;
- aruncă în el cu obiecte;
- îl abandonează în locuri periculoase;
- refuză să-i acorde ajutor atunci când este bolnav sau accidentat;
- îl împiedică să șofeze sau conduce imprudent;
- îl amenință cu arme;

Abuzuri în plan sexual

- viol;
- face remarci defăimătoare la adresa femeilor;
- tratează partenera ca pe un obiect sexual;

Scanned with OKEN Scanner

- este gelos şi iritabil;
- insistă ca partenera să se îmbrace provocator, deşi aceasta nu doreşte acest lucru;
- minimalizează reacţiile afective legate de viaţa sexuală ale partenerei/partenerului;
- face gesturi sau declanşează comportamente sexuale nedorite de partener;
- adresează insulte;
- forţează partenerul să se dezbrace atunci când acesta nu doreşte:
- manifestă în public un interes sporit faţă de o altă persoană în prezenţa partenerului;
- întreţine relaţii extraconjugale, deşi şi-a luat angajamentul că nu o va face;
- forţează partenerul la relaţii sexuale;
- forţează partenerul să participe la acte sexuale nedorite de acesta;
- pune în acţiune comportamente de tip sadic;
- întreţine relaţii sexuale cu partenera după ce a agresat-o fizic.

Abuzuri în sfera emoţională

- ignoră sentimentele partenerului;
- ridiculizează sistemele de norme şi valori, originea etnică, religia sau clasa socială din care provine partenerul;
- retrage afecţiunea în scop de pedeapsă;
- critică sau insultă partenerul;
- insultă familia sau prietenii acestuia;
- îl umileşte;
- refuză să aibă activităţi sociale comune;
- îl împiedică să lucreze, îi controlează resursele financiare sau ia toate deciziile importante în locul acestuia;
- refuză să desfăşoare banii;
- îi ia banii sau cheile de la autoturism;
- îl ameninţă că îl va părăsi sau îl dă afară din casă;
- ameninţă că îi va face rău partenerului sau familiei sale;
- pedepseşte copiii dacă se supără pe partener;
- ameninţă că îi va lua copiii;
- brutalizează animalele din casă în scop de răzbunare;
- îşi manipulează partenerul prin minciuni.

Pe măsură ce demersul terapeutic sau de consiliere progresează, clientul devine mai matur şi mai asertiv, element ce se reflectă în relaţia de cuplu. Astfel, Elena, o tânără juristă în vârstă de 29 de ani, victima în copilărie a agresiunilor unui tată alcoolic şi violent a fost surprinsă să constate că soţului ei îi plăcea mai mult comportamentul ei defensiv, chiar agorafobic, decât independenţa şi siguranţa de sine pe care a căpătat-o în urma terapiei.

Scanned with OKEN Scanner

Soluția în astfel de cazuri constă în aceea că ambii parteneri trebuie să evolueze împreună, contribuind la maturizarea relației de cuplu.

Relațiile bazate pe intimitate se învață treptat, demersul terapeutic reprezentând un proces lent, cu urcușuri și coborâșuri.

Intimitatea adevărată presupune asumarea unor riscuri calculate și nu un comportament necontrolat în cadrul căruia subiectul se aruncă într-o relație fără a ține seama de consecințele negative posibile ale acesteia (de pildă, poate intra în relație cu un bărbat căsătorit sau chiar poate rămâne însărcinată cu acesta, sperând că el va divorța de soție).

Dimpotrivă, riscul calculat presupune evaluarea șanselor unei relații interpersonale și construirea acesteia pas cu pas.

Victimele psihotraumelor timpurii oscilează, de regulă, între neîncredere totală în ceilalți și încredere oarbă în persoana iubită, încredere apărută mai ales atunci când subiectul are atât de mare nevoie de relații intime încât se aruncă într-o relație fără a reflecta suficient. În cele mai multe cazuri astfel de relații se sfârșesc prost, întărind convingerile disfuncționale că nimeni nu merită încredere și că subiectul în cauză nu merită să fie iubit.

În cursul demersului psihoterapeutic clientul trebuie să învețe să aibă încredere în primul rând în el însuși, să fie matur, să-și poarte singur de grijă și să nu depindă în totalitate de o altă persoană.

O relație interpersonală matură se caracterizează prin aceea că nivelul de încredere între cei doi variază în funcție de modul în care evoluează relația.

Clientul va trebui să acorde o încredere parțială, verificând permanent măsura în care trebuințele sale sunt satisfăcute în cursul relației. Astfel, încrederea în partener nu vine de la sine, ci se construiește pas cu pas.

Regula de bază pe care trebuie să și-o însușească persoana care a suferit psihotraume timpurii este că în anumite condiții, unele persoane sunt demne de încredere.

Un alt element pe care trebuie să-l avem în vedere atunci când acordăm asistență psihologică persoanelor care au suferit abuzuri în copilărie se referă la faptul că acestea au tendința de a generaliza experiențele timpurii, așteptându-se ca în orice moment să fie abuzate, situație care se poate transforma într-o profeție autoîmplinită. Din acest motiv, clientul va trebui să fie ghidat să observe diferența dintre comportamentul partenerului de viață sau al prietenilor și cel al persoanei care a comis abuzul, după modelul:

„Tatăl meu nu mă va asculta niciodată; ori de câte ori ceream ceva, el mă lovea; dimpotrivă, prietenul meu Andrei mă ascultă cu atenție și caută să-mi facă pe plac."

De asemenea, multe victime ale psihotraumelor timpurii nu au curajul să intre într-o relație apropiată, fiind speriate de posibilitatea intimității. Din acest motiv ele îi rănesc sau pur și simplu îi îndepărtează pe cei dragi de teama da a nu fi la rândul

lor rănite sau abandonate. Acești subiecți doresc în mod inconștient ca relația să se rupă deoarece singurul mecanism de apărare a ego-ului care îi ajută să suporte abuzurile era reacția psihologică de fugă.

O relație afectivă sănătoasă și matură se caracterizează prin momente de apropiere și de îndepărtare de celălalt, în cadrul acestora din urmă subiectul rămânând singur cu sine însuși pentru a-și clarifica sentimentele.

În cazul în care reacțiile de fugă și retragere din situație predomină, este evident că subiectul pune în acțiune un comportament disfuncțional care are la bază interacțiuni patologice timpurii.

Cheia construirii unor relații bazate pe o intimitate reală constă în exprimarea deschisă a propriilor sentimente și nu în evitarea situației.

O relație interpersonală matură se caracterizează, printre altele, și printr-un echilibru între a dărui și a primi atenție și afecțiune.

Persoanele traumatizate au adeseori probleme cu aceste aspecte ale comunicării bazate pe intimitate. Astfel, multe dintre acestea nu știu să stabilească limite, consideră că nu au dreptul să spună „nu", adoptă o atitudine de sacrificiu total și devin anxioase când li se oferă ceva.

Altele, dimpotrivă, se tem să dăruiască pentru a nu fi refuzate sau respinse. În astfel de situații, consilierul terapeut va sfătui clientul să înceapă cu lucruri minore, cum ar fi dăruirea unui buchet de flori sau solicitarea partenerului să le prepare o cafea sau un ceai.

Există și situații când relația cu partenerul de viață s-a dovedit a fi nesatisfăcătoare și cu toate acestea clientului îi este greu să o rupă din diverse motive:

– s-a străduit foarte mult să o facă să funcționeze;
– orice schimbare poate deveni anxiogenă;
– teama de singurătate;
– dependența materială;
– viitorul copiilor;
– nevoia de a-l „salva" sau proteja pe celălalt etc.

Una dintre clientele noastre considera că nu are de ales și că trebuie să accepte orice fel de relație, oricât de nepotrivită ar fi aceasta. „Credeam că dacă un bărbat este amabil cu mine sau mă dorește, trebuie să accept. Mi se părea o minune că se uită cineva la mine așa că nu mai avea nici o importanță faptul că nu mă respecta, se purta urât sau chiar mă bătea. Oricum, nu aveam o altă șansă așa că nu-mi puteam permite să-l refuz..."

Pe măsură ce se ameliorează autostima subiectului, acestuia începe să i se pară normal faptul că trezește interesul și simpatia celor din jur.

Primul pas în cadrul demersului de renunțare la o relație interpersonală nesatisfăcătoare constă în conștientizarea aspectelor negative ale acesteia. Subiectul trebuie să renunțe să mai spere că partenerul se va schimba sau că lucrurile vor lua o întorsătură mai bună în viitor. Al doilea pas constă în decizia de a întreprinde ceva

Scanned with OKEN Scanner

interesant pe cont propriu, cum ar fi, de pildă, o plecare în concediu fără partener sau înscrierea la un curs de perfecționare.

Deși ruperea unei relații apropiate, chiar nesatisfăcătoare, reprezintă un stres pentru subiect, cu timpul o astfel de decizie va deschise perspectiva stabilirii unei noi relații, de data aceasta potrivite. Astfel, într-o parabolă străveche, se spune că numai o cupă goală poate fi umplută cu apă dătătoare de viață.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

XI. Cuplul și familia în criză

Managementul crizelor în relațiile de cuplu

Dainto, Baucom, Epstein și Dutton (1998) subliniază faptul că problemele apărute în cadrul relațiilor de cuplu reprezintă factori stresanți de importanță majoră care conduc la tulburări psihopatologice cum ar fi depresia și anxietatea.

Conflictele dintre parteneri au de regulă un caracter cronic și reprezintă modele repetitive de interacțiuni negative cum ar fi solicitare-retragere sau evitare reciprocă (Christensen, 1988; Epstein, Baucom și Rankin, 1993).

La multe cupluri se constată o escaladare a conflictelor care alterează funcționarea normală a partenerilor și care conduc la crize ce amenință echilibrul psihic al membrilor cuplului și stabilitatea relației.

Din nefericire, majoritatea cuplurilor nu recurg la ajutor calificat decât atunci când situația de criză a atins punctul culminant.

Modelul ABCX al crizei familiale descris de Hill (1949; 1959), precum și unele modele mai recente care pornesc de la acesta – modelul ABCX-dublu (McCubbin și Paterson, 1983), modelul tipologic (McCubbin și McCubin, 1989) și modelul Vulnerabilitate-Stres-Adaptare (Karney și Bradbury, 1995) stau la baza demersului terapeutic specific situațiilor de criză familială.

În cadrul modelului ABCX este realizată distincția dintre evenimentele de viață care forțează cuplul sau familia să se adapteze și situația de criză caracterizată prin dezorganizarea rezultată din incapacitatea membrilor cuplului de a se adapta la stres.

Modelul teoretic menționat se referă și la factorii care vor influența capacitatea de adaptare a cuplului: resursele familiei sau cuplului, maniera de percepere a

stresului, precum și abilitatea membrilor cuplului de a-i face față.

Modelele de „coping" ale cuplului sunt adaptate după cele individuale (Lazarus și Folkman, 1984) și includ strategii cognitive și comportamentale de a face față stresului.

Prezentăm, în cele ce urmează, principalele componente ale modelului ABCX (Epstein și Schlesinger, 2000).

Factorii stresanți (A)

Cuprind o varietate de agenți stresanți care solicită membrii cuplului să-și modifice maniera de interacțiune, precum și modelele individuale de a face față acestor solicitări.

De pildă, Ștefan, tehnician electronist, afirmă că timp de 10 ani el și soția lui au interacționat foarte bine până în momentul în care întreprinderea la care lucra s-a restructurat și el a ajuns șomer. Șomajul și eforturile de a găsi un nou loc de muncă nu i-au afectat numai dispoziția, ci și relațiile cu soția, cu care nu mai discuta despre ce a făcut la serviciu sau despre prieteni, ci despre impactul negativ al șomajului: îngrijorarea legată de lipsa banilor și de acumularea unor datorii.

Terapeutul care își propune să lucreze cu un cuplu va trebui să identifice impactul stresului atât la nivel individual cât și interacțional.

Agenții stresanți prezintă o serie de particularități, cum ar fi:

- sunt intrinseci relației de cuplu (de pildă, trăsăturile de personalitate ale unuia dintre parteneri, probleme legate de abuzul de substanțe, violența domestică, modele disfuncționale de interacțiune cum ar fi cicăleala reciprocă etc.) sau externi (inundațiile au distrus gospodăria familiei).
- caracterul brusc;
- caracterul neașteptat sau dimpotrivă, așteptat;
- nivelul de ambiguitate în legătură cu consecințele posibile;
- gradul de severitate a stresului;
- durata;
- măsura în care membrii familiei sunt decișI să se expună stresului (decizia în legătură cu emigrarea);
- câți membri ai familiei sunt direct afectați (Boss, 1988; McCubbin și Patterson, 1983).

Prezența unor factori stresanți poate exercita o presiune asupra membrilor familiei, forțându-i să realizeze schimbări majore în relațiile dintre ei, schimbări de obiective, roluri și modele de interacțiune.

Unii stresori au un conținut puternic negativ (decesul unuia dintre parteneri), în timp ce alții au încărcătură pozitivă (mutarea în alt oraș pentru un serviciu mai bun), în ambele situații fiind însă necesară adaptarea membrilor familiei.

O serie de factori stresanți au un caracter previzibil ca în cazul căsătoriei, nașterii copiilor modificărilor în plan profesional, pensionării, plecării copiilor sau

Scanned with OKEN Scanner

decesului unuia dintre membrii familiei.

Chiar şi în cazul etapelor normale de tranziţie pe care le parcurge familia, factorii stresanţi poartă amprenta culturii, rasei, categoriei sociale, orientării sexuale, asumării sex-rolurilor, prezenţei sau absenţei copiilor etc. (Carter şi McGoldrick, 1999).

Surse de stres reprezintă şi modificările în relaţia intimă, care poate evolua de la dragoste înflăcărată la afecţiune prietenească sau chiar la ostilitate.

Alţi factori stresanţi au un caracter imprevizibil şi chiar catastrofal: separarea, divorţul, şomajul sau decesul unuia dintre parteneri. Aceşti factori pot acţiona brusc, inducând partenerilor şi familiei un profund sentiment de neajutorare (Figley, 1983) care poate declanşa criza.

Agenţii stresanţi perturbă echilibrul familiei pentru că destructurează rutinele zilnice şi pun în faţa acesteia obstacole care trebuie depăşite.

Cu toate acestea, stresorii nu au doar efecte negative, o familie sau un cuplu normal putând să evolueze datorită eforturilor de a depăşi anumite obstacole.

Teoriile sistemice postulează faptul că o familie armonioasă trebuie să păstreze un anumit echilibru între stabilitate şi evoluţie (Leslie, 1988).

Obiectivul intervenţiei în situaţii de criză nu constă în minimizarea acţiunii factorilor stresanţi, ci în învăţarea indivizilor, cuplurilor sau familiilor să facă faţă eficient evenimentelor pozitive sau negative ale existenţei.

Resursele (componenta B)

Capacitatea cuplului sau familiei de a face faţă evenimentelor stresante depinde de resurele pe care le deţin ca indivizi sau grup.

Există trei categorii de resurse de care depinde capacitatea de a face faţă stresului.

1. Resursele personale ale fiecărui individ în parte.
2. Resursele cuplului sau sistemului familial.
3. Resurse care ţin de mediul înconjurător (exterioare familiei sau cuplului).

În cadrul resurselor personale sunt incluse starea sănătăţii, inteligenţa, nivelul educaţional, abilităţile de rezolvare de probleme, profesia, nivelul financiar şi unele caracteristici psihologice cum ar fi stima de sine sau încrederea în forţele proprii (Boss, 1988; McCubbin şi Paterson, 1983).

Maniera de a face faţă stresului nu depinde numai de resurse în sine, ci şi de maniera de a le utiliza, respectiv de stilul de „coping". Astfel, studiile au evidenţiat faptul că stilul evitant (negare, distragere) produce o uşurare pe termen scurt şi o adaptare deficitară pe termen lung, comparativ cu strategiile orientate pe utilizarea resurselor în vederea rezolvării problemelor (Suls şi Fletcher, 1985).

Resursele cuplului includ capacitatea de colaborare în soluţionarea problemelor, coeziunea relaţiei, sprijinul reciproc, abilităţile de comunicare eficientă şi flexibilitatea în ceea ce priveşte schimbarea rolurilor şi modificarea modalităţilor de

Scanned with OKEN Scanner

interacțiune în scopul adaptării.

Observațiile au evidențiat faptul că acele cupluri în care partenerii se sprijină reciproc (emoțional, informațional, prin ajutor direct în rezolvarea problemelor) se caracterizează printr-o mai mare satisfacție de pe urma relației și au o stare psihofizică mai bună (Carels și Baucom, 1999; Pasch, Bradbury și Sullivan, 1997).

O resursă importantă în lupta cu stresul o reprezintă forța și coeziunea familiei, resursă ce permite un control sporit asupra evenimentelor de viață (McCubbin și McCubbin, 1989).

Mai mult, cuplurile pot utiliza resursele de natură relațională atât pentru a se confrunta în mod direct cu stresul, cât și pentru a identifica și accesa resurse din mediul înconjurător.

Astfel, o familie stresată de probleme financiare își poate utiliza capacitățile pentru a găsi soluții de reducere a cheltuielilor sau pentru a descoperi modalități suplimentare de câștig.

Resursele externe pot deriva din interacțiunile cu prietenii, rude, vecini, servicii sociale, centre de sănătate, școli sau biserică.

Un cuplu se poate afla în situații de risc nu numai în absența resurselor de a face față situației, ci și datorită unor factori de vulnerabilitate. Kanney, Bradbury (1995) și McCubbin, McCubbin (1989) definesc vulnerabilitatea ca fiind o structură de caracteristici relativ stabile care împiedică individul, cuplul sau familia să se adapteze eficient la stres.

La nivel individual, membrii unui cuplu pot prezenta simptome ale unei tulburări post-traumatice de stres datorate unor traume trecute, depresie, anxietate, tulburări în sfera personalității sau pur și simplu o hiperactivitate emoțională.

La nivel de cuplu, factori de vulnerabilitate pot fi tendința de a escalada conflicte sau evitarea reciprocă.

Studii recente au evidențiat faptul că în cazuil cuplurilor disfuncționale se dezvoltă un fond emoțional negativ care colorează toate interacțiunile partenerilor (Gottman, 1994). Modalitatea de a face față propriilor reacții emoționale negative devine un important factor de vulnerabilitate care împiedică partenerii să facă față stresurilor viitoare.

Perceperea și evaluarea stresului (componenta C)

Boss (1988) subliniază faptul că deși membrii unei familii pot avea percepții diferite cu privire la factorii de stres, percepțiile colective le pot umbri punctele de vedere individuale. Astfel, membrii familiei pot împărtăși opinia comună bazată pe mecanismul psihologic de negare, conform căruia un membru al familiei alcoolic nu are o problemă serioasă cu băutura.

Boss (1988) și McCubbin; McCubbin (1989) subliniază faptul că familiile care evaluează agentul stresant ca pe o provocare, ca pe un obstacol ce trebuie depășit prin intermediul unor eforturi, au strategii mai eficiente de adaptare comparativ cu cele care consideră stresorii evenimente incontrolabile ce trebuie accep-

Scanned with OKEN Scanner

tate ca o fatalitate.

Același autor (Boss, 1988) este de părere că deși uneori maniera de adaptare pasivă poate fi eficientă (ca în cazul unui prizonier de război), în cazul familiilor această modalitate de adaptare nu face decât să exacerbeze problemele.

McCubbin și McCubbin (1989) arată că membrii cuplului sau familiei evaluează stresul și în funcție de capacitățile membrilor lor de a-i face față, tensiunea și supraîncordarea manifestându-se atunci când solicitările depășesc resursele adaptative ale familiei, indiferent dacă evaluările respective sunt corecte sau nu.

Faptul că evaluările subiective mediază răspunsurile individuale la factori stresanți reprezintă un argument important în utilizarea terapiilor cognitive în reducerea efectelor negative ale stresului.

McCubbin și McCubbin (1989) vorbesc de schemele cognitive ale familiei, scheme care includ atitudinile membrilor familiei cu privire la gradul de coeziune, obiectivele comune, capacitatea de a face față factorilor stresanți, optimismul cu privire la viitor, precum și dorința comună de a accepta soluții de compromis.

Schemele cognitive ale familiei s-au structurat în urma experiențelor de viață și au tendința de a deveni relativ stabile, influențând evaluările cu caracter situațional.

Mai precis, factorii cognitivi cu caracter subiectiv au o influență majoră asupra modului în care membrii familiei fac față situațiilor stresante apărute în cadrul relațiilor dintre ei.

Odată ce un cuplu sau o familie a intrat într-o situație de criză, evaluarea pe care o fac membrii familiei asupra acesteia (de pildă, se simt neajutorați) le afectează eforturile de adaptare în direcția restabilirii echilibrului.

Starea de criză (componenta X)

De cele mai multe ori cuplurile sau familiile sunt capabile să facă față stresului utilizând propriile lor resurse, nutrind convingerea că au capacitatea de a controla situația.

În cazul în care resursele adaptative nu sunt suficiente pentru a reduce presiunea exercitată de agenții stresanți, organizarea și funcționarea sistemului familial sunt destabilizate. Tensiunea rezultată în urma discrepanței dintre solicitări și capacități produce starea de criză (componenta X a modelului ABCX) în cadrul căreia rolurile, modelele de interacțiune, strategiile de rezolvare de probleme, precum și alte particularități ale sistemului familial sunt paralizate sau distruse (McCubbin și McCubbin, 1989).

În situația de criză, membrii cuplului sau familiei dezvoltă o serie de simptome cognitive afective, fiziologice și comportamentale care depășesc nivelul de funcționare normală (Greenstone și Leviton, 1993).

La nivel cognitiv se manifestă indecizie, confuzie și sentimentul neajutorării. Simptomele afective cele mai răspândite sunt anxietatea, iritabilitatea și depresia, în timp ce în plan fiziologic pot apărea insomnii, inapetență, tulburări digestive sau

Scanned with OKEN Scanner

cardiorespiratorii, cefalee etc.

Răspunsurile comportamentale includ comunicare defectuoasă, perturbarea rutinelor zilnice, retragere socială și reacții de dependență și solicitare de sprijin din partea celorlalți.

În afara simptomelor trăite de membrii familiei, starea de criză afectează și modelele de interacțiune din cadrul familiei, cum ar fi asumarea rolurilor, comunicarea sau rezolvarea de probleme, acestea tinzând să devină aversive sau caracterizate prin comportamente de retragere.

O stare de criză poate determina o evoluție a sistemului familial dar și o deteriorare a acestuia, membrii familiei putând recurge la violență fizică, sau declanșând reacții depresive sau anxioase.

Intervenția în situații de criză are ca obiectiv potențarea unei adaptări cu caracter constructiv care să conducă la un nivel de funcționare de tip superior.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală pentru cuplurile aflate în criză pornește de la modelul ABCX al reactivității la factori stresanți. Deși terapia cognitiv-comportamentală de cuplu (Baucom și Epstein, 1990; Dattilio, Epstein și Baucom, 1998) se adresează în special cuplurilor care prezintă conflicte maritale cu caracter cronic, obiectivele și strategiile acesteia pot fi adaptate și situațiilor acute de criză.

Așa cum am subliniat mai sus, factorii stresanți care pot afecta cuplul sunt:

– factori situaționali (nașterea unui copil, probleme la locul de muncă, șomaj etc.);

– factori ce țin de relația interpersonală: comunicare verbală de tip aversiv (critică, insulte, ton ridicat, amenințarea cu divorțul etc., retragerea și abuzul fizic).

Acești factori interpersonali pot preexista apariției celor situaționali sau pot să apară ca o reacție la o situație stresantă specifică.

– factori ce țin de particularitățile membrilor cuplului: trăsături de personalitate (dependență excesivă, competitivitate), temperament (hiperreactivitate, rezistență scăzută la frustrare) sau tulburări psihopatologice (tulburări depresiv-anxioase, tulburări de personalitate, simptome psihotice).

Tehnicile terapiei cognitiv-comportamentale își propun să reducă vulnerabilitatea la stres, să potențeze resursele adaptative și să sporească șansele de evaluare adaptativă a agenților stresanți (să dezvolte cogniții legate de faptul că stresul poate fi controlat).

Deoarece cuplurile care vin la terapie prezintă modele negative de comportament, o sarcină terapeutică va consta și în modificarea acestora.

La începutul terapiei se va realiza un interviu complex care va evidenția problemele cuplului, nivelul de destructurare precum și dorința membrilor acestuia de a lucra asupra problemelor care îi deranjează în timpul ședințelor de psihoterapie.

Terapeutul va acorda o atenție deosebită perioadelor în care au acționat fac-

Scanned with OKEN Scanner

tori stresanți și manierei în care cuplul a făcut față acestora.

Se vor identifica apoi elementele de vulnerabilitate (de pildă, comunicarea cu caracter vag) precum și modalitățile individuale de reacție (depresie, irascibilitate etc.).

Pe baza relatărilor verbale ale partenerilor, precum și prin observarea interacțiunilor directe care se manifestă în timpul interviului, terapeutul va identifica modelele de comportament care merită o atenție prioritară pentru ameliorarea stării de criză.

În continuare, terapeutul va furniza membrilor cuplului feed-back-uri care să.i ajute să înțeleagă starea în care se află și va recomanda unele modificări în sfera comportamentală care să producă o ameliorare rapidă. Aceste feed-back-uri vor cuprinde un rezumat al informațiilor culese în raport de componentele modelului ABCX (stresori, resurse, vulnerabilități, evaluări) care au contribuit la declanșarea crizei.

Acest tip de conceptualizare va reduce sentimentul de neajutorare pe care îl încearcă membrii familiei sau cuplului la confruntarea cu situația de criză.

Strategiile comportamentale menite să producă o ameliorare rapidă sunt următoarele:

1. Acordurile de colaborare

Terapeutul le va solicita partenerilor să realizeze niște acorduri de colaborare în sensul reducerii interacțiunilor negative și creșterii celor cu caracter agreabil.

Fiecărui partener i se cere să identifice frecvența apariției unor interacțiuni pozitive, neutre și negative care apar în cadrul relației de cuplu.

Terapeutul va consemna, la rândul său, comportamentele aversive desprinse din relatările verbale ale membrilor familiei sau rezultate în urma observației directe.

În continuare, acesta îi va ajuta pe parteneri să-și asume un angajament că va face demersuri ca până săptămâna următoare să reducă interacțiunile negative și să le sporească pe cele pozitive.

Terapeutul le va explica partenerilor nervoși faptul că interacțiunile negative reciproce nu fac decât să accentueze stresul. De asemenea, aceștia vor fi învățați să alcătuiască liste cu avantajele și dezavantajele revărsării ostilității asupra partenerului, în scopul demonstrării faptului că un astfel de comportament prezintă dezavantaje multiple pe termen lung și puține avantaje pe termen scurt.

2. Antrenarea deprinderilor de comunicare

Clienții vor fi învățați în cadrul ședințelor de psihoterapie să substituie mesajele aversive cu unele cu conținut constructiv.

Partenerii cuplului vor fi ghidați să renunțe la mesajele negative (blamarea, întreruperea celuilalt, vânătoarea de greșeli, focalizarea asupra trecutului) și să le înlocuiască cu unele pozitive („M-aș bucura dacă tu ai face cumpărăturile așa cum am discutat ieri").

Cele mai răspândite modalități de a furniza mesaje pozitive sunt următoarele

Scanned with OKEN Scanner

(Epstein și Schlesinger, 2000, p. 301):

– utilizarea mesajelor care încep cu eu;
– exprimarea clară și precisă a gândurilor și emoțiilor;
– exprimarea empatiei față de partener;
– recunoașterea subiectivității propriilor gânduri și sentimente;
– utilizarea unor mesaje non-verbale (contact vizual, expresii faciale, gesturi) care să exprime deschiderea și interesul față de afirmațiile celuilalt.

3. Monitorizarea activităților recreative desfășurate în comun (Baucom și Epstein, 1990)

Cuplurile aflate în conflict evită să-și petreacă timpul împreună anticipând faptul că vor apărea interacțiuni negative.

Terapeutul îi va ajuta să aleagă activități agreabile pentru ambii parteneri, indicându-le să-și focalizeze atenția asupra acestora și să evite discuțiile legate de relația dintre ei.

Situațiile stresante care conduc la crize în cadrul cuplului sau familiei pot fi depășite prin intermediul activării resurselor adaptative. Strategiile utilizate sunt comunicarea și rezolvarea de probleme.

Capacitatea membrilor cuplului de a colabora pentru identificarea și rezolvarea situațiilor de stres depinde de abilitatea lor de a face schimburi eficiente de informații. Multe cupluri comunică într-un mod imprecis și confuz, fapt ce conduce la neînțelegeri și acțiuni nedorite.

Pentru a evita acest lucru, cuplul va fi ajutat să-și antreneze deprinderile de ascultare și exprimare prin intermediul unor tehnici comportamentale care cuprind instrucțiuni speciale, modelarea, jocul de rol și repetarea noilor deprinderi achiziționate.

Tehnica antrenamentului asertiv îi va ajuta pe membrii cuplului să realizeze diferențierea între comportamentul agresiv (inclusiv pasiv-agresiv), cel asertiv și cel submisiv (non-asertiv).

În continuare vor fi antrenate în cadrul ședințelor de psihoterapie, deprinderile de conduită asertivă: exprimarea unor solicitări directe dar necoercitive, exprimarea refuzului într-o manieră non-agresivă, precum și adresarea și primirea unor mesaje pozitive (complimente).

Aceste deprinderi vor permite cuplului să negocieze în mod constructiv problemele legate de relația de cuplu, în loc să escaladeze conflictele și să amplifice sentimentele de ostilitate.

Terapeutul îi va iniția pe membrii cuplului și în utilizarea strategiilor de rezolvare de probleme. Etapele demersului de rezolvare de probleme sunt următoarele:

- definirea problemei în termeni comportamentali;
- generarea unui număr de soluții posibile;
- evaluarea avantajelor și dezavantajelor fiecărei soluții și alegerea uneia din-

Scanned with OKEN Scanner

tre acestea;

• aplicarea în practică și evaluarea eficienței acesteia.

Este important ca membrii cuplului să nu se blameze unul pe celălalt pentru apariția problemei și nici să nu sară de la o problemă la alta (Baucom și Epstein, 1990). De pildă, un cuplu în care unul dintre parteneri a dezvoltat o simptomatologie depresivă pot să soluționeze împreună problema legată de modul în care să se comporte partenerul non-depresiv pentru a-l ajuta pe celălalt. De asemenea, membrii unui cuplu vor fi învățați să stabilească priorități și să împartă responsabilități într-un mod acceptabil pentru ambele părți.

Pentru unele cupluri inechitățile percepute de către unul dintre parteneri în ceea ce privește responsabilitățile reprezintă o sursă majoră de stres și conflicte. Depășirea unor astfel de situații presupune un demers de rezolvare de probleme, precum și intervenții cognitive care se adresează convingerilor nutrite de parteneri cu privire la sex-roluri. Strategiile cognitiv-comportamentale pot viza și probleme specifice unui anumit cuplu, cum ar fi, de pildă, abuzul de alcool, violența domestică sau infidelitatea.

Strategii cognitiv-comportamentale pentru combaterea convingerilor disfuncționale referitoare la agenții stresanți cu caracter situațional

Componența C din cadrul modelului ABCX al situațiilor de criză familială se referă la procesarea cognitivă asupra agenților stresanți. Cognițiile disfuncționale implicate cel mai frecvent în cadrul conflictelor maritale sunt: abstragerea selectivă, atribuirea, expectațiile neadecvate, supozițiile și standardele nerealiste (Epstein, 1990; Epstein și Baucom, 1993).

Abstragerea sau percepția selectivă produce disfuncționalități la nivelul funcționării cuplului. Astfel, studiile au arătat că partenerii care nu se înțeleg cad rareori de acord cu privire la anumite evenimente chiar foarte concrete, în decursul a 24 de ore. Aceștia observă doar elementele negative și ignoră aspectele pozitive ale relației. De asemenea, partenerii care nu se înțeleg observă doar cauzalități liniare în cadrul relației („eu mă retrag pentru că el mă cicălește și mă enervează"), omițând relațiile cu caracter circular ce țin de interrelațiile reciproce.

Gottman (1994) a descris procesele care au loc în cadrul cuplurilor perturbate prin intermediul metaforei celor „patru cavaleri ai Apocalipsei", secvența interacțiunilor fiind de tipul următor: comportamente-critică-dezamăgire-defensivitate și retragere; elemente care se potențează reciproc până la destructurarea cuplului. Strategiile de intervenție cognitiv-comportamentală pentru astfel de situații sunt următoarele:

– monitorizarea de către fiecare partener a comportamentelor pozitive și negative ale celuilalt;

– explicarea secvenței comportamentale negative și a efectului circular al acestuia, precum și atenționarea cuplului atunci când sunt puse în acțiune interac-

Scanned with OKEN Scanner

țiuni negative;

– achiziționarea de către membrii cuplului a unor deprinderi de comunicare menite să stopeze escaladarea conflictelor în cascadă.

Membrii cuplurilor disfuncționale au și tendința de a atribui comportamentele negative ale partenerului unor trăsături de personalitate stabile, precum și unor rele intenții, iar comportamentele pozitive unor factori conjuncturali pe care cineva nu se poate baza (Baucom și Epstein, 1990; Bradbury și Fincham, 1990).

Ținând seama de aceste realități, terapeutul cognitivist va trebui să-i ajute pe membrii cuplului să examineze validitatea acestor atribuiri pentru a realiza diferențierea dintre atribuirile corecte și cele distorsionate.

Procesul de verificare a atribuirilor implică următoarele strategii:

– identificarea situațiilor trecute în care partenerul a acționat în mod diferit;

– obținerea unor feed-back-uri directe de la partener pentru a-i testa intențiile;

– ajutarea partenerilor să verifice în practică veridicitatea unor atribuiri cu caracter alternativ referitoare la comportamentele negative ale partenerului (Baucom și Epstein, 1990).

În cazul în care dovezile strânse sunt corecte și în favoarea unui comportament negativ deliberat (sadism, dorința de a-l lovi pe celălalt), terapeutul va modifica focalizarea terapiei orientând-o în direcția unor strategii comportamentale, menite să-l învețe pe partenerul în cauză modalități mai constructive de a-și comunica dezaprobarea.

Expectațiile reprezintă predicțiile pe care le realizează un individ în legătură cu producerea unui eveniment. adecvate sau neadecvate, aceste predicții influențează reacțiile comportamentale și emoționale ale subiecților. Astfel, un individ care anticipează atacuri verbale de la partenerul său ori de câte ori își exprimă dezaprobarea, va trăi o stare de anxietate atunci când nu este de acord cu celălalt și va tinde să evite comunicarea sau să declanșeze atacuri cu caracter preventiv pentru a se proteja de agresiunea așteptată.

În termenii modelului ABCX al situațiilor de criză familială, expectațiile negative pot exacerba stresul, pentru că stresul anticipat poate fi la fel de intens sau chiar mai intens decât cel real.

Datorită acestui fapt, terapeutul va trebui să evalueze expectațiile fiecărui membru al cuplului referitoare la evenimentele negative care s-ar putea produce atât în ceea ce privește relația interpersonală, cât și evenimentele externe.

În continuare, membrii cuplului vor fi învățați să examineze dovezile care vin în sprijinul expectațiilor lor, utilizând în acest scop experiențele asemănătoare din trecut. Vor fi examinate și acțiunile specifice care pot fi întreprinse pentru a obține rezultate diferite (de pildă, utilizarea deprinderilor de comunicare pentru a analiza situațiile de dezacord în cadrul cuplului).

Supozițiile și standardele reprezintă două forme de scheme cognitive care îi permit subiectului să definească lucrurile și evenimentele și să interpreteze relațiile

Scanned with OKEN Scanner

dintre acestea (Seiler, 1984).

Specialiştii în terapie cogntivă consideră că aceste scheme s-au format şi structurat de-a lungul vieţii subiectului în urma experienţelor şi interacţiunilor cu persoane semnificative din copilărie.

Schemele cognitive specifice problemelor de cuplu conţin convingeri cu privire la natura umană precum şi la modul în care două persoane interacţionează reciproc în cadrul unor relaţii bazate pe intimitate, în timp ce standardele se referă la particularităţile pe care trebuie să la aibă membrii cuplului ca indivizi, precum şi la relaţia dintre aceştia (Baucom şi Epstein, 1990).

De aici rezultă faptul că dacă partenerii au convingeri şi standarde extreme, nerealiste sau dacă standardele lor nu sunt satisfăcute, relaţia devine stresantă.

Boss (1988) subliniază faptul că acele cupluri care consideră că agenţi stresanţi au un caracter necontrolabil (convingere, supoziţie), sunt mai înclinate să adopte o atitudine pasivă în abordarea acestora. Membrii cuplului vor fi ajutaţi de către terapeut să înţeleagă în ce măsură aceste scheme cognitive (convingeri şi standarde) s-au format în copilărie, au fost valabile pentru acea perioadă şi să verifice dacă acestea se mai potrivesc şi în situaţia prezentă.

Partenerii vor fi ghidaţi în continuare să examineze avantajele şi dezavantajele aplicării aceloraşi expectaţii şi standarde la relaţia lor prezentă.

Terapeutul îi va ghida pe membrii cuplului să modifice convingerile, expectaţiile şi standardele extreme, înlocuindu-le cu unele mai realiste şi mai ponderate.

Membrii cuplului vor realiza şi anumite experimente în sfera comportamentală în cadrul cărora ei vor încerca să se comporte conform noilor standarde, fapt ce va diminua caracterul stresant al interacţiunilor dintre cei doi parteneri.

O altă strategie cognitiv-comportamentală pentru ameliorarea relaţiilor din cadrul cuplului constă în aplicarea unor tehnici de rezolvare de probleme pentru a găsi noi modalităţi de a satisface aşteptările şi standardele membrilor cuplului în vederea creşterii satisfacţiei mutuale a partenerilor.

Un alt factor de natură cognitivă care generează stres în cadrul cuplului ţine de maniera în care membrii cuplului definesc termenii pe care îi utilizează. Astfel, afirmaţia „trebuie să fim mai atenţi cu Mirela" poate însemna pentru unul din membrii cuplului acordarea unei afecţiuni sporite, în timp ce pentru celălalt poate reprezenta înăsprirea pedepselor.

Terapeutul îi va ajuta pe membrii cuplului să-şi îmbunătăţească deprinderile de comunicare în vederea precizării termenilor cu care operează.

Studiu de caz

Matei şi Raluca, ingineri, în vârstă de 40 şi respectiv 37 de ani trăiau într-o stare de stres cronic din cauza conflictelor legate de educaţia fiului lor George, de 15 ani.

De aproximativ un an, George, copil unic, a început să nu-şi mai asculte

Scanned with OKEN Scanner

părinții și să manifeste un comportament agresiv în familie.

Părinții nu reușeau să cadă de acord în legătură cu modalitatea de a-și disciplina fiul, conflictele lor devenind tot mai frecvente și mai puternice.

În momentele prezentării la cabinet, cei doi soți manifestau sentimente de neajutorare și lipsă de speranță în legătură cu comportamentul fiului lor, precum și cu aptitudinile lor de părinți. Fiecare îl amenința pe celălalt cu divorțul.

Interviul inițial a evidențiat faptul că George nu era constant în comportamentul său. Astfel, el se purta urât acasă, dar nu și la școală, în locuințele prietenilor sau în timpul activităților extrașcolare. Pe baza acestor informații, terapeutul a tras concluzia că tulburările de comportament ale lui George nu puteau fi puse pe seama particularităților personalității sale, ci mai curând pe seama modului în care interacționau părinții între ei și cu el.

Aprofundarea interviului a evidențiat și faptul că la începuturile relației dintre soți, interacțiunile dintre ei erau predominant pozitive, cu o serie de activități agreabile desfășurate în comun. După nașterea copilului, cuplul a luat decizia ca Raluca să rămână acasă pentru a-și îngriji copilul, situație care a produs un stres semnificativ în familie din cauza diminuării bugetului acesteia.

De asemenea, George a fost diagnosticat cu astm bronșic la vârsta de 5 ani, părinții fiind nevoiți să piardă nopți, să interneze copilul de urgență de nenumărate ori și să se teamă serios pentru sănătatea acestuia.

Soții au relatat și faptul că în ultimii ani au avut certuri frecvent între ei, precum și reacții agresive în plan verbal față de George, mai ales atunci când acesta din urmă făcea crize de astm.

Mai mult, în ultimul timp Matei era nevoit să stea la serviciu până târziu, iar mama Ralucăi a paralizat în urma unui accident vascular și necesita îngrijiri speciale din partea fiicei sale.

Ambii soți se simțeau foarte obosiți și iritați. Aceștia petreceau foarte puțin timp împreună și mai ales împreună cu copilul. Ori de câte ori George se comporta urât, fiecare dintre părinți intervenea pe loc, fără să se consulte cu partenerul său, acțiunile lor fiind de cele mai multe ori contradictorii.

În urma discuțiilor cu terapeutul soții au căzut de acord asupra faptului că abilitățile lor parentale s-au redus simțitor datorită multiplilor factori stresanți care au acționat asupra lor.

Deoarece interacțiunile cu caracter aversiv dintre ei (certuri violente) reprezentau o sursă suplimentară de stres, terapeutul i-a ajutat să reducă aceste interacțiuni disfuncționale și să-și dezvolte deprinderile de ascultare și exprimare eficientă.

De asemenea, li s-a cerut să identifice activitățile agreabile comune și să le introducă, pe cât posibil, în programul săptămânal și în același timp să evite să discute problema fiului lor.

Terapeutul le-a explicat și faptul că standardele prea înalte pe care și le fixau

Scanned with OKEN Scanner

cei doi soți în activitate (mai ales cele legate de rolul de părinte) reprezentau factori de vulnerabilitate care îi împiedicau să acționeze eficient în condițiile acțiunii unor factori stresanți multipli.

Au fost utilizate tehnicile de restructurare cognitivă pentru a înlocui standardele exagerate în legătură cu îndeplinirea atribuțiilor de rol cu unele mai realiste, cu caracter adaptativ.

Membrii cuplului au fost îndrumați să utilizeze tehnica rezolvării de probleme pentru a soluționa conflictele legate de atribuțiile rolurilor de părinte. Au fost abordați și factorii cognitivi care îi împiedicau pe cei doi soți să coopereze eficient: gândul lui Matei că Raluca îl va critica indiferent ce va spune, precum și convingerea soției că anumite metode de educație sunt bune iar altele sunt rele.

Tehnicile restructurării cognitive au fost aplicate și pentru a modifica atitudinile cuplului față de copil precum și față de conflictul lor în legătură cu acesta.

Percepțiile selective ale soției asupra modului de comunicare din cadrul cuplului („el nu mă susține niciodată când îi fac observație lui George") l-au determinat pe terapeut să culeagă informații de la membrii cuplului în legătură cu excepțiile de la această regulă, pe care au reușit să le identifice amândoi (Matei și-a amintit că adesea el a spus: „dacă mama ta îți cere să faci un anumit lucru, trebuie să-l faci", soția confirmând, la rândul ei, cele afirmate de soț).

Cei doți nutreau convingerea că tulburările de comportament ale lui George se datorau atât inabilității lor ca părinți, cât și agresivității copilului.

Terapeutul i-a ajutat pe părinți să găsească și alte explicații pentru atitudinea copilului. De asemenea, acesta le-a demonstrat faptul că dacă ar fi vorba de agresivitate ca o trăsătură stabilă a copilului, acesta ar manifesta tulburări de comportament atât acasă cât și la școală.

S-a lucrat și asupra expectației negative aplicate asupra lui George („Am încercat totul și nimic nu a mers"). Terapeutul i-a întrebat cât de mult au insistat în aplicarea unei tehnici educaționale; a rezultat faptul că cei doi, nereușind să cadă de acord, abandonau orice încercare de a corecta conduita copilului dacă acesta nu reacționa imediat.

Inconsecvența educațională era exacerbată și de programul încărcat al celor doi soți. Li s-a recomandat să-și acorde un anumit timp pentru a verifica în cadrul cuplului încercările de corectare a comportamentului lui George.

Terapeutul le-a explicat și faptul că reacțiile copilului vor urma o curbă, la început ascendentă (tulburările de comportament se vor accentua) și apoi descendentă (diminuarea conduitelor indezirabile) din momentul în care părinții vor decide să adopte un sistem educațional coerent.

Soții au fost ajutați să formuleze în termeni clari problemele pe care le ridica atitudinea copilului (nu face curat în cameră, nu își face lecțiile, vorbește la telefon cu prietenii ore în șir etc.) și să găsească soluții concrete la acestea (să discute cu băiatul, să-l pedepsească privându-l de anumite privilegii, să stabilească împreună cu el obiectivele dorite, să utilizeze un sistem de recompense, să-și petreacă mai

Scanned with OKEN Scanner

mult timp împreună cu copilul etc.).

Partenerii au fost ghidați să furnizeze cât mai multe soluții posibile evaluând apoi costurile și beneficiile fiecăreia dintre ele.

Odată identificată soluția optimă, aceasta nu va trebui implementată în practică decât dacă este acceptabilă pentru ambii soți (Baucom și Epstein, 1990), efectele implementării asupra comportamentului copilului fiind monitorizate. Atunci când unul dintre părinți nu reușea să aplice consecvent regula stabilită, terapeutul îl ajuta să identifice sursele acestei situații.

Graficul evoluției comportamentului copilului a fost atent urmărit, părinții fiind sfătuiți să aibă răbdare cu acesta. În mai puțin de o lună rezultatele nu au întârziat să apară.

Terapia și consilierea cognitiv-comportamentală în cazul crizelor generate de divorț

Granvold (2000) este de părere că divorțul este rezultatul unui proces cumulativ care constă în pierderi și încercări de readaptare marcat de crize repetitive cu caracter discret. Experiența divorțului este stresantă pentru majoritatea celor care o trăiesc, reacțiile indivizilor la stres fiind variabile ca durată și intensitate. Acestea pot include depresie, anxietate, panică, ostilitate, mânie, abuz de substanțe și în cazuri extreme chiar suicid și homicid.

Deși pierderea reprezintă o experiență general umană, se pare că majoritatea oamenilor sunt insuficient pregătiți pentru stresul produs de pierderea dragostei. Partenerii de cuplu se atașează puternic unul de celălalt și nu de puține ori, în ciuda conflictelor, mai nutresc sentimente de dragoste față de partener. Mai mult, deoarece în cadrul relației de cuplu se nasc deseori copii, cuplurile care se decid să divorțeze au tendința de a prelungi într-un fel sau altul relația. Observațiile au demonstrat faptul că relațiile post-divorț generează frecvent situații de criză.

Holmes și Rahe (1967) au ajuns la concluzia că divorțul reprezintă factorul de stres care ocupă locul al doilea în ierarhia factorilor stresanți, locul întâi fiind ocupat de decesul persoanei iubite.

S-a constatat că divorțul constituie și un factor important de risc, asociat cu depresia majoră (Anthony și Petronis, 1991; Gallo, Royall și Anthony, 1993; Weismann, Bruce, Leaf, Florio și Holzer, 1991).

De asemenea, rata suicidului la persoanele divorțate este mult mai ridicată decât la cele căsătorite (Cantor și Slater, 1995; Trovato, 1986). Un studiu realizat de Institutul Național de Sănătate Mintală din Rockvilee, Maryland (Granvold, 2000) a evidențiat faptul că persoanele divorțate din SUA sunt de trei ori mai înclinate să comită tentative de suicid comparativ cu cele din lotul martor format din

Scanned with OKEN Scanner

subiecţii căsătoriţi.

Aceste consecinţe ale stresului produs de divorţ sunt importante nu numai pentru cuplurile în cauză, ci şi pentru copii, alţi membri ai familiei, prieteni şi societatea în ansamblu.

Diferenţele interindividuale îşi spun şi ele cuvântul în ceea ce priveşte modalitatea individului de a face faţă stresului produs de divorţ. Astfel, terapeuţii se confruntă cu subiecţi care se descurcă foarte bine în situaţii care pentru majoritatea oamenilor ar conduce la declanşarea unei crize, în timp ce alţii intră în criză în urma unor solicitări care pot fi depăşite relativ uşor. Există situaţii în care putem vorbi de aşa-numitul „divorţ sănătos" care apare atunci când membrii cuplului se decid să-şi separe existenţa într-o manieră constructivă şi colaborativă, în vederea obţinerii unei bunăstări reciproce (Everett şi Everett, 1994).

Deşi tranziţia la existenţa în afara cuplului se poate face relativ lin, individul în cauză este pus în situaţia de a se adapta unor noi roluri, responsabilităţi sau relaţii cu cei din jur. De pildă, o femeie care consideră că divorţul ei a reprezentat o acţiune pozitivă, fiind realizat de comun acord, a beneficiat de un partaj echitabil al bunurilor, şi-a acceptat statutul de persoană singură, poate avea totuşi unele probleme în a se adapta rolului de părinte unic.

În acest caz, situaţia de criză prin care trece această persoană este secundară „divorţului sănătos".

O persoană implicată într-un divorţ va suporta aşa cum am mai arătat, printr-o serie de crize de intensitate mai redusă apărute pe parcursul demersului de separare, precum şi după încheierea acestuia, crize care produc efecte cu caracter cumulativ.

Psihotraumele repetitive nu fac decât să crească vulnerabilitatea persoanei la noii factori stresanţi.

Pentru a evidenţia caracterul stresant, generator de criză al procesului de divorţ, Granvold (1994, 2000) propune examinarea stadiilor acestui proces: decizia de separare, separarea fizică şi tranziţia către statutul de persoană singură şi refacerea de după finalizarea divorţului.

Fiecare dintre aceste etape pune o serie de solicitări în faţa subiectului şi include un potenţial generator de criză.

Decizia de a divorţa reprezintă o încununare a unor relaţii interpersonale tensionate caracterizate prin ambivalenţă, insatisfacţie şi ostilitate. Nu de puţine ori, un eveniment izolat va conduce la decizia finală în legătură cu divorţul. Acesta poate fi un abuz fizic, un abuz de substanţă, o problemă financiară sau una de natură sexuală, individul sau cuplul declanşând un set de reacţii în plan emoţional cognitiv şi comportamental, reacţii care nu sunt specifice şi au un caracter profund dezadaptativ. De pildă, la aflarea veştii că soţul are o relaţie extraconjugală, una dintre pacientele noastre i-a aruncat toate lucrurile pe fereastră, comportament impulsiv care nu o caracteriza.

Etapa de separare şi tranziţie presupune o serie de negocieri şi decizii cu caracter complex (la cine vor rămâne copiii, modalitatea de a-i vizita, pensia alimen-

Scanned with OKEN Scanner

tară, partajul bunurilor), și de o mare încărcătură în plan emoțional.

Chiar și în cazul divorțurilor stabilite de comun acord, demersurile legale au un puternic caracter stresant.

Separarea fizică și existența autonomă îi determină pe membrii cuplului să conștientizeze faptul că mariajul lor a luat sfârșit.

În etapa refacerii de după divoț, subiectul va trebui să se adapteze la situația de persoană singură și de părinte unic.

Chiar în situația în care sentimentele reciproce de afecțiune au suferit un proces de eroziune, atașamentul față de obiectul dragostei poate să mai persiste încă (Weiss, 1975) și simpla vedere a fostului partener implicat într-o altă relație poate reprezenta o sursă majoră de stres.

Granvold (1989, 1994, 1996b, 2000) ne propune un model de terapie și consiliere psihologică în cazuri de divorț, model care include elemente de terapie cognitivă, comportamentală și constructivistă (Beck, 1976; Elis, 1962; Mahoney, 1988).

Factorul unificator al acestor demersuri se referă la ideea conform căreia funcționarea în plan cognitiv joacă un rol central în condiția umană actuală, precum și în modificarea acesteia.

Interviul preliminar va avea ca obiectiv înțelegerea situației de criză așa cum o percepe subiectul precum și evaluarea capacităților adaptative ale acestuia.

Terapeutul va evidenția mai ales aspectele de natură emoțională specifice crizei, cum ar fi sentimentele de mânie, culpabilitate, teamă, tristețe, disperare, sentimente care îl împiedică pe client să perceapă în mod obiectiv situația cu toate consecințele acesteia pe termen scurt sau lung.

Terapeutul va evidenția o serie de distorsionări cognitive și false atribuiri care stau la baza unor comportamente disfuncționale specifice persoanei aflate în situație de criză. Acesta va trebui să abordeze la început clientul în mod empatic și suportiv, și abia după evidențierea reacțiilor emoționale se poate trece la identificarea distorsionărilor cognitive, la restructurarea stilului disfuncțional de gândire și la demersul de rezolvare de probleme.

În timpul intervenției în situație de criză, terapeutul va facilita exprimarea liberă a emoțiilor clientului și va conduce procesul de identificare a unui sens care să conducă la recâștigarea caracterului adaptativ al acestora.

În primele ședințe de psihoterapie cu persoane aflate în criză datorată situației de divorț, este deosebit de importantă evaluarea elementelor de risc care se referă mai ales la autostima scăzută, lipsă de speranță, anxietate, teamă de necunoscut, singurătate, disperare și, în unele cazuri, prezența unor boli cu transmisie sexuală.

Combinația dintre factorii de vulnerabilitate și absența unor abilități de a face față situației mărește probabilitatea instalării depresiei, apariției abuzului de substanțe și suicidului (Grunvold, 1000).

În cazuri mai rare apare și riscul comiterii unui homicid, terapeutul trebuind să investigheze ideile suicidare, precum și gândurile și acțiunile agresive împotriva

Scanned with OKEN Scanner

partenerului.

Terapeutul va trebui să culeagă şi informaţii referitoare la capacităţile adaptative şi forţa interioară de care dispune clientul, pentru a construi demersul terapeutic pe baza acestor resurse.

Intervenţia terapeutică specifică persoanelor aflate în situaţia de criză provocată de divorţ

Persoanele aflate în divorţ pot dezvolta comportamente agresive în plan verbal şi comportamental la adresa fostului partener.

Pentru astfel de cazuri, demersul în plan comportamenmtal va avea ca obiectiv contractele terapeutice menite să evite conduitele agresive, precum şi tehnici de autocontrol al impulsurilor.

Unii subiecţi aflaţi în astfel de situaţii pun în acţiune comportamente de retragere sau evitare, concretizate în inactivitate sau abuz de substanţe. Aceste comportamente pot avea efecte pe termen scurt, dar sunt contraproductive pe termen lung. În cazul unor astfel de clienţi, terapeutul vă căuta să dezvolte relaţiile sociale şi să reactiveze activităţile orientate spre scop, precum şi cele cu caracter recreaţional.

Strategiile cognitive se bazează pe schemele cognitive care reprezintă structuri de bază prin intermediul cărora are loc procesarea informaţiilor (Ingram şi Kendall, 1986). Acestea au un caracter inflexibil şi cuprind reguli, convingeri şi supoziţii în raport cu care subiectul interpretează datele realităţii.

Structurile cognitive profunde sau schemele cognitive de bază operează la nivel inconştient, guvernează procesarea informaţiilor în plan conştient şi sunt dificil de accesat şi modificat.

Rezistenţa acestora la schimbare ţine de integritatea structurilor ego-ului.

Activarea schemelor cognitive ce ţin de imaginea de sine se realizează sub influenţa unor solicitări interne şi externe (Clark, Beck şi Alford, 1999).

Schemele cognitive dezadaptative referitoare la diversele aspecte ale ego-ului pot rămâne în stare latentă, ele devenind active într-o situaţie de criză. Astfel, convingerea „nu merit să fiu iubită decât dacă rămân căsătorită" poate deveni activă sub infleunţa crizei produse de divorţ.

Mecanismele cognitive implică etichetări, atenţie selectivă, raţionament, luarea unor decizii precum şi controlul impulsurilor.

Aceste modalităţi de procesare capătă un aspect dezadaptativ în condiţii de stres puternic (Beck, 1993).

În consecinţă, individul devine extrem de vulnerabil la distorsionări cognitive, hipevigilent şi hipersensibil la stimuli ameninţători, fiind predispus la reacţii emoţionale exagerate şi la comportamente de tip disfuncţional. De pildă, o femeie aflată în divorţ care trăieşte o puternică teamă de respingere va interpreta încercările

Scanned with OKEN Scanner

soțului de a obține custodia asupra copilului ca pe un act agresiv îndreptat împotriva ei. Aceasta va reacționa negativ la vizitele pe care tribunalul le-a permis soțului pentru week-end, va deveni depresivă și anxioasă din acest motiv și nu se va bucura de prezența copilului în timpul săptămânii, gândindu-se permanent la faptul că acesta va trebui să-și petreacă viitorul sfârșit de săptămână în compania tatălui.

Mai mult, clienta își va stresa restul familiei și prietenii comentând în mod repetitiv hotărârea judecătorească interpretată ca un aranjament menit să o nedreptățească.

Rezultatele procesării în plan cognitiv sunt gândurile negative automate, convingerile, atribuirile, expectațiile, standardele, deciziile, imaginile, emoțiile și comportamentele aferente.

Aceste evaluări în plan intern sunt marcate de subiectivism și distorsionări cognitive.

Gândurile negative automate reprezintă punctul-cheie al intervenției terapeutice în plan cognitiv.

Prezentăm în cele ce urmează câteva exemple de astfel de gânduri și convingeri negative automate.

„Atunci când te căsătorești, trebuie să rămâi căsătorită"; „dacă divorțez, nu sunt bună de nimic"; „trebuie să rămânem căsătoriți de dragul copiilor"; „nu pot fi o mamă bună dacă sunt divorțată"; „nu pot suporta viața fără dragostea soțului meu"; „oamenii nu mă vor mai respecta dacă sunt divorțată"; „niciodată nu voi putea să mai iubesc pe cineva" etc.

Intervenția cognitivă îl va ajuta pe client să conștientizeze aceste gânduri negative automate, să verifice gradul lor de veridicitate și să le înlocuiască cu unele alternative, mai realiste.

Una dintre clientele noastre s-a prezentat la psihoterapie pentru depresie și anxietate, tulburări care au devenit mai accentuate după pronunțarea sentinței de divorț. Deși clienta s-a simțit nefericită în ultimii cinci ani de căsătorie, ea nu a inițiat procedura de divorț deoarece nutrea convingerea că a rămâne căsătorită reprezintă o obligație morală pentru ea. Gândul negativ central al clientei era: „sunt o ratată pentru că am divorțat".

În cadrul intervenției terapeutice prezentate mai jos, ne-am propus să o ajutăm să se convingă de lipsa de realism a convingerilor legate de consecințele catastrofale ale divorțului și să realizeze faptul că situația actuală poate fi privită și într-o altă perspectivă.

Terapeutul: Ce îți trecea prin minte când sentința de divorț a fost pronunțată?

Clienta: „Faptul că sunt o ratată!"

T: Și care sunt pentru tine consecințele faptului că te consideri o ratată?

C: Nu mă simt prea bine în pielea mea. Mă simt tristă, deprimată... nu vreau să mai văd pe nimeni.

T: Dacă am înțeles bine, gândul „mă simt o ratată pentru că am divorțat" te

face să te simți deprimată și să nu mai dorești să vezi pe nimeni.

C: Da, asta simt.

T: Îți convin aceste stări: depresie, dorință de retragere?

C: Nu, deloc, dar nu văd cum aș putea să mă schimb în curând.

T: În cazul în care aceste consecințe nu-ți sunt pe plac, ce ar fi să reexaminăm situația ta și să vedem dacă nu o putem privi și într-o altă lumină. Gândește-te din nou la faptul că divorțul s-a pronunțat. Ce alte gânduri îți vin în minte în afara celui „mă simt o ratată"?

C: Cred că simt și un fel de sentiment de ușurare pentru că în ultimii ani lucrurile au mers tot mai prost.

T: Așadar ai identificat și gândul „simt un sentiment de ușurare". Ce alte gânduri îți mai trec prin minte?

C: Dacă stau bine să mă gândesc m-am căsătorit la 19 ani și nu am trăit deloc viața de adult independent. Poate că situația actuală mă va ajuta să mă cunosc mai bine. O să și scap de criticile lui Doru. După părerea lui eu nu făceam niciodată nimic bine.

T: Să examinăm aceste gânduri: „mă simt o ratată", „voi avea posibilitatea să mă cunosc mai bine ca persoană adultă independentă", „voi scăpa de criticile lui Doru". Am omis ceva sau am înțeles ceva în mod greșit?

C: Nu, acestea sunt gândurile care îmi trec prin minte!

T: Cred că realizezei faptul că există mai multe modalități de a interpreta situația de divorț. Mai devreme te-am rugat să-mi spui care sunt pentru tine consecințele gândului „mă simt o ratată". Să examinăm în continuare gândul „voi scăpa de criticile lui Doru"; ce stări afective încerci în legătură cu acesta?

C: Simt o stare de eliberare. Nu că m-aș simți prea bine, dar nu mă mai simt la fel de lipsită de valoare ca atunci când el țipa mereu la mine.

T: Cu alte cuvinte, în loc să te simți o ratată te simți eliberată și nu mai ai o părere proastă despre tine.

C: Exact.

T: Concentrându-te asupra gândului „voi scăpa de criticile lui Doru" mai ai tendința de a te izola de alți oameni?

C: Nu, dimpotrivă. Deși nu mă simt în stare să mă întâlnesc cu un bărbat am câteva prietene cu care aș sta de vorbă cu plăcere.

Această intervenție terapeutică se referă la următoarele aspecte (Granvold, 2000, p. 377):

- expunere a subiectului la gândul negativ automat „mă simt o ratată";
- evidențierea și analizarea consecințelor acestui gând în plan afectiv și comportamental;
- evaluarea unor gânduri alternative în vederea testării gradului de veridicitate a gândului negativ inițial;
- selectarea unui gând alternativ pentru a demonstra avantajele acestuia;
- evidențierea și analizarea consecințelor noului gând alternativ (în plan

Scanned with OKEN Scanner

emoțional și comportamental).

Strategiile de natură constructivistă

Abordarea constructivistă a situației de criză pune un accent deosebit pe conceptualizarea acesteia, ea reprezentând o perturbare a sistemului ego-ului. aceste stări de dezechilibru extrem, deși dezagreabile, pot conduce la modificări adaptative însemnate în evoluția pe termen mai lung a subiectului. Astfel, criza reprezentată de divorț poate fi abordată și ca o nouă oportunitate de obținere a unor modificări constructive cu conținut pozitiv, cum ar fi o mai bună autocunoaștere, precum și dezvoltarea unor disponibilități creative capabile să modifice în bine cursul vieții clientului.

Strategia terapeutică va fi orientată în direcția descoperirii unei noi semnificații, a situației de criză care poate conduce la o restructurare benefică a sistemului constructelor personale ale subiectului.

Stările afective nu vor fi considerate negative, ci ca potențiale surse de informare și evoluție în planul autocunoașterii, al relațiilor interpersonale și al imaginii de sine.

În mod concret terapeutul va urmări următoarele obiective (Granvold, 2000, p. 378):

- conceptualizarea divorțului ca reprezentând o perturbare a sistemului reprezentat de ego-ul subiectului;
- accesarea schemei cognitive de bază activată de procesul de divorț și modificarea constructelor care o compun;
- evidențierea relațiilor de atașament primar și a modului în care acestea conduc la structurarea imaginii de sine și a concepției despre lume (inclusiv relația cu fostul partener):
- promovarea unui concept referitor la ego ca reprezentând un sistem complex, în continuă schimbare și în căutare de noi sensuri și nu ca o structură rigidă și inflexibilă;
- dezvoltarea expresivității clientului prin intermediul tehnicilor descoperirii și imaginației dirijate, al dialogului imaginar (tehnica „scaunului gol"), precum și al ritualurilor terapeutice;
- utilizarea unor jurnale ca instrumente ale schimbării;
- accentuarea punctelor tari ale clientului a resurselor în plan social și personal, a creativității și a abilităților de a face față existenței;
- colaborarea dintre client și terapeut pentru identificarea și punerea în aplicare a unor strategii și tehnici menite să promoveze schimbarea (relaxare, desensibilizare, modelare, antrenament mental, joc de rol etc.).

Studiu de caz

Călin s-a prezentat la cabinetul de psihoterapie la scurt timp după ce soția sa, Denisa, l-a anunțat că intenționează să divorțeze.

Călin și Denisa au fost colegi de facultate la A.S.E., s-au căsătorit în anul II

și au rămas împreună 11 ani. Soții aveau două fetițe de 5 și 7 ani.

Călin a relatat faptul că se simte extrem de deprimat, nu se poate concentra, prezintă tulburări de somn (insomnii, coșmaruri), inapetență și idei cu conținut suicidar.

(Interviul clinic a evidențiat faptul că riscul suicidar nu era serios: subiectul nu a elaborat planuri de a-și lua viața și nu se gîndea în mod real să-și facă rău.)

Călin se gândea în permanență la faptul că Denisa nu făcea nici un efort pentru a salva căsnicia, nu putea crede că ea nu îl mai iubea și se simțea speriat gândindu-se la viitor.

În următoarele luni clientul a realizat faptul că divorțul reprezenta o realitate, acesta trăind sentimente puternice de pierdere legate de soție și de calitatea de părinte.

Intervenția terapeutică s-a axat pe următoarele direcții:

- Identificarea și înlocuirea gândurilor negative și a convingerilor disfuncționale legate de pierdere;
- Întărirea ego-ului și rezolvare de probleme. Dacă la început Călin a acceptat pasiv hotărârea judecătorească privind accesul limitat la copii (două week-end-uri pe lună), treptat, în urma practicării antrenamentului mental în stare de hipnoză el a devenit mai asertiv și a fost capabil să negocieze cu Denisa un program comun de educare a copiilor.

A fost facilitată exprimarea liberă în timpul ședințelor de psihoterapie, a sentimentelor de ostilitate, mânie și disperare, acestea fiind treptat înlocuite cu unele mai acceptabile, fapt ce a înlesnit negocierile cu soția și acceptarea unei custodii comune asupra copiilor.

- A fost procesată terapeutic și convingerea negativă a lui Călin legată de faptul că nu ar fi trebuit niciodată să se căsătorească cu Denisa.

Terapeutul l-a ghidat să-și privească fosta relație într-o lumină nouă, să se bucure de cei doi copii și să învețe ceva din respectiva experiență pentru a nu repeta în viitoarele relații același tip de greșeli (Denisa i-a reproșat că nu comunică suficient, nu participă la treburile gospodărești și se comportă rece, aparent lipsit de afecțiune.)

- Prin intermediul tehnicii notării în jurnal, Călin a reușit să identifice anumiți factori care au acționat în cadrul familiei sale de origine și care au contribuit la structurarea unor scheme cognitive disfuncționale de bază.
- Clientul a fost, de asemenea, dirijat să practice independent o tehnică de relaxare cu antrenament mental centrat pe o imagine de sine pozitivă, au fost încurajate contactele cu vechi prieteni și practicarea unor exerciții fizice. Identificând unele interese legate de autoperfecționarea profesională, terapeutul l-a încurajat pe client să se înscrie la doctorat.

La facultate acesta a cunoscut o colegă care își pregătea la rândul ei doctoratul și a început să se întâlnească cu ea.

Relațiile sale cu fosta soție au evoluat într-o direcție pozitivă, între cei doi

Scanned with OKEN Scanner

neînregistrându-se conflicte referitoare la educaţia copiilor.

Deşi Călin a mai păstrat încă unele nostalgii referitoare la destrămarea familiei, el a devenit mai optimist cu privire la viitor şi la capacităţile sale de a face faţă existenţei în bune condiţii.

Terapia şi consilierea psihologică în cazul crizelor generate de tulburările sexuale

Bancroft (1999) subliniază faptul că în ultimii 30 de ani psihoterapia tulburărilor sexuale a fost dominată de studiile lui Masters şi Johnson (1970).

Primele descrieri ale metodelor terapeutice au avut un caracter eclectic, fără a se baza un model teoretic unitar.

Din acest motiv metodele şi tehnicile recomandate aveau un caracter predominant comportamentalist, membrii cuplului fiind instruiţi să urmeze îndeaproape anumiţi paşi care presupuneau sarcini concrete de rezolvat.

Terapeuţii interesaţi de problemele sexuale au ajuns la concluzia că, deşi programele propuse de Masters şi Johnson (1970) s-au dovedit în mare măsură utile, din cadrul lor lipseau anumite metode menite să-i ajute pe membrii cuplului să depăşească unele blocaje care împiedicau realizarea comportamentelor prescrise.

Faptul că terapiile sexuale aveau o bază empirică a atras specialişti de diverse orientări teoretice care au încercat să umple golul existent. Astfel, Kaplan (1974), deşi a recunoscut meritele programelor propuse de Master şi Johnson, le-a adăugat modele explicative fundamentate psihoanalitic.

Bancroft (1989), la rândul său, a inclus anumite strategii de orientare cognitivă, inspirate din tehnicile de rezolvare a conflictelor.

Hawton (1989) propune o abordare cognitiv-comportamentală a tulburărilor sexuale, insistând asupra necesităţii combinării unor strategii cognitive cu programe de tip comportamental.

Acelaşi autor împreună cu colaboratorii săi Lang şi Rachman (Hawton et al., 1989) au ajuns în cele din urmă la concluzia că în domeniul terapiilor sexuale problemele psihologice trebuie conceptualizate în termenii a trei sisteme aflate în interacţiune: comportamental, cognitiv şi fiziologic.

Deşi iniţial foarte optimişti, terapeuţii interesaţi de problematica tulburărilor sexuale au ajuns la concluzia că prognosticul acestor afecţiuni este foarte diferit de la un individ la altul, rezultatele tratamentului pe termen lung fiind dificil de evaluat.

Bancroft (1999) consideră că mecanismele psihofiziologice care contribuie la activarea sau inhibarea comportamentelor sexuale sunt încă insuficient elucidate.

Un element care trebuie avut în vedere în abordarea acestei problematici ţine şi de aspectele legate de anxietatea şi depresia care însoţesc frecvent aceste tul-

Scanned with OKEN Scanner

burări.

Abordarea terapeutică cognitiv-comportamentală a disfuncţiilor sexuale

Elementul esenţial al acestei abordări constă în aceea că celor doi parteneri li se cere să ducă la îndeplinire o serie de comportamente specifice, sub forma unor teme pentru acasă.

Acestea presupun iniţial o serie de atingeri corporale reciproce, la început non-genitale şi care merg progresiv către atingeri ale organelor genitale şi chiar contacte sexuale, pe măsură ce obstacolele ce stau în calea îndeplinirii acestor sarcini sunt depăşite.

Sarcinile în plan comportamental presupun programe cu caracter gradat care, în unele cazuri sunt suficiente pentru a crea cuplului interacţiuni erotice agreabile, conducând la desensibilizare şi reducerea anxietăţii legate de performanţa sexuală, drept rezultat al permisiunii pe care o dă terapeutul partenerilor să exploreze comportamente alternative. Aceste programe conduc, de asemenea, la identificarea blocajelor de natură intrapsihică şi interpersonală, blocaje ce împiedică realizarea unor contacte sexuale normale. Odată dezvăluite, aceste blocaje pot fi depăşite în urma unor demersuri terapeutice eficiente.

Demersul terapeutic include următoarele strategii:

1. Ameliorarea comunicării şi înţelegerii mutuale între membrii cuplului

Negocierea unor programe cmportamentale în cadrul cărora fiecare partener caută metode pentru a produce satisfacţie celuilalt şi în acelaşi timp afirmă clar care sunt comportamentele celuilalt pe care le consideră dezagreabile sau ameninţătoare, contribuie substanţial la dezvoltarea înţelegerii mutuale.

2. Învăţarea unor noi metode de management al conflictelor

Terapeutul va sprijini cuplul să identifice modelelele dezadaptative de comportament şi să gestioneze rezolvarea conflictelor care se manifestă în cursul relaţiei.

Membrii cuplului îşi vor însuşi modele alternative şi adaptative de management al conflictelor.

Deosebit de importantă este favorizarea demersului terapeutic asupra modalităţilor în care fiecare membru al cuplului gestionează mânia sau alte stări afective cu conţinut afectiv.

Strategiile propriu-zise conţin o combinaţie de tehnici educaţionale şi comportamentale în cadrul cărora feed-back-urile din partea terapeutului joacă un rol esenţial. Aceste strategii s-au dovedit utile nu numai în domeniul tulburărilor sexuale ci şi în terapia maritală în general.

3. Restructurarea cognitivă a semnificaţiilor comportamentului sexual

Un aspect important al terapiei sexuale, mai ales atunci când programele comportamentale ajung în sfera atingerilor genitale, îl reprezintă evaluările şi reevaluările semnificaţiei fiecărui gest sau răspuns sexual. În unele cazuri, semnificaţia negativă a anumitor comportamente sexuale este achiziţionată încă din

Scanned with OKEN Scanner

copilărie și continuă să blocheze relațiile sexuale la vârsta adultă.

Prin modificarea acestor semnificații, impactul emoțional al comportamentelor respective se modifică și ele încetează să mai exercite o influență negativă asupra interacțiunilor realizate la vârsta adultă. Astfel, în urma dezaprobării parentale din copilărie, o femeie poate dezvolta convingerea că orice stimulare genitală directă este inacceptabilă și îi produce sentimente de culpabilitate.

De asemenea, o altă femeie care a suferit un abuz sexual în copilărie, poate dezvolta sentimente de culpabilitate la trăirea oricăror experiențe sexuale agreabile, fapt ce va conduce la inhibarea activării sexuale.

O dată cu reevaluarea și reatribuirea unei noi semnificații comportamentelor sexuale, subiectul va reuși să privească interacțiunile cu partenerul într-o manieră matură specifică vârstei adulte, fără încărcătură emoțională negativă.

4. Modificarea directă a răspunsurilor sexuale

Aceasta se realizează pe baza principiilor învățării și se adresează direct fiecărui tip specific de tulburare sexuală.

Natura disfuncțiilor sexuale

O definiție corectă a disfuncțiilor sexuale o reprezintă perturbarea persistentă a modelelor sexuale de interes și răspuns.

Disfuncțiile sexuale se delimitează de deviațiile sexuale, care reprezintă comportamente ce se deosebesc sub aspect calitativ de cele sexuale normale și sunt nocive pentru alți oameni. Această definiție nu e pe deplin satisfăcătoare pentru că, pe de o parte este dificil de circumscris comportamentul sexual normal, iar pe de altă parte faptul că un comportament sexual este calificat drept disfuncțional depinde de mai mulți factori; dacă partenerul consideră că este o problemă, iar aceste expectații pot fi influențate de opinia prietenilor, mass media sau opinia unor medici (Hawton, 1989).

Nu a fost elaborată până acum o clasificare satisfăcătoare a disfuncțiilor sexuale. În general se acceptă drept criterii interesul sexual, activarea sexuală, orgasmul și gradul de satisfacție generală. Alți factori care trebuie luați în considerare sunt perioada de debut și gradul de extensiune a tulburării.

Termenii tulburare primară și secundară se referă la faptul dacă tulburarea a fost prezentă de la începerea activității sexuale sau a debutat după o perioadă de funcționare sexuală satisfăcătoare. Termenii *total* și *situațional* se referă la faptul că tulburarea sexuală este prezentă în toate situațiile sau doar în unele din acestea (sex adecvat cu partenerul obișnuit, dar nu și cu alt partener, activitate sexuală prin intermediul masturbării etc.). În cadrul fiecărei tulburări sexuale există nenumărate variații; astfel, în cazul tulburării de erecție, există bărbați care realizează erecția cu partenera, dar o pierd în timpul actului sexual, bărbați care obțin doar o erecție parțială, barbați care obțin erecția doar când sunt singuri (în timpul masturbării) și

Scanned with OKEN Scanner

bărbați care nu au erecție în nici un fel de situație.

Lipsa satisfacției sexuale reprezintă o problemă importantă pentru care indivizii sau cuplurile solicită psihoterapia (fără să existe de fapt disfuncții sexuale). Mulți dintre acești subiecți nu se referă la vreo disfuncție anume, ci la absența satisfacției sexuale. La această situație își pot aduce contribuția factori variați, cum ar fi:

- dificultăți relaționale;
- partenerii nu se mai consideră atrăgători unul pe celălalt;
- plictiseala și monotonia.

Uneori această problemă poate fi secundară lipsei de interes sexual (Bancroft , 1983). În afara disfuncților sexuale, sau a lipsei de satisfacție sexuală, pacienții se pot adresa specialiștilor și pentru alte probleme, cum ar fi, de pildă: depresie, insomnie, probleme ginecologice sau lipsa fertilității.

Cauzele tulburărilor sexuale se referă la:

- *Cauze fiziologice:* boală, operații, diverse tratamente (Bancroft, 1983; Hawton, 1985, 1987).

Chiar și în aceste cazuri factorul psihologic accentuează tulburarea și terapia cognitiv-comportamentală este indicată.

- *Factori predispozanți* (lipsa de încredere în sine; pubertate întârziată).
- *Factori precipitatori* (eșec sexual sub influența alcoolului).
- *Factori care mențin tulburarea* (anxietatea anticipatorie la fiecare tentativă de act sexual).

Disfuncțiile sexuale la femei

1. Scăderea interesului sexual – libido scăzut:

- variază considerabil de la o femeie la alta;
- se reflectă în frecvența actelor sexuale cu partenerul, gânduri cu conținut sexual, masturbare;
- se asociază frecvent cu dificultăți relaționale și depresie (Hawton și Catalan, 1986; Weissman și Paykel, 1974).

2. Activare sexuală scăzută: reducerea răspunsurilor fiziologice normale (exemplu: lubrifierea vaginului) la stimulare sexuala și lipsa senzațiilor asociate cu excitația sexuală:

- este firească la menopauză și după naștere.

3. Deficiență de orgasm: absență sau orgasm foarte rar. Terapeutul trebuie să diferențieze acele femei care nu obțin orgasm cu partenerul, dar îl obțin prin masturbare, de cele care nu s-au masturbat niciodată.

Deficiența orgasmică secundară se asociază de obicei cu dificultăți relaționale.

4. Vaginism: act sexual imposibil sau extrem de dureros datorită unui spasm vaginal care împiedică penetrarea.

Scanned with OKEN Scanner

Poate apărea după un traumatism al vaginului sau în urma unei infecții.

Multe din aceste femei au idei greșite cu privire la sexualitate. Altfel, ele sunt normale sub aspectul responsivității sexuale (Duddle, 1977).

5. Dispareunia – act sexual dureros.

Durerea poate fi superficială, medie (datorită lipsei excitației, infecțiilor vaginale, unor chisturi) sau profundă (infecție pelviană, endometrită sau lipsa activării sexuale). În aceste cazuri se indică controlul ginecologic.

Disfuncțiile sexuale la bărbați

1. Interes sexual scăzut: poate fi consecința unei tulburări de erecție, a dificultăților relaționale sau a depresiei. Trebuie exclusă cauza organică (hipogonadism).

2. Tulburarea de erecție:

- este cea mai răspândită tulburare pentru care se solicită psihoterapia;
- are forme diverse;
- mecanismul erecției este influențat de o varietate de factori psihologici (anxietate, distragere, expectația performanței) și fiziologice: (diabet, probleme circulatorii, leziuni ale coloanei vertebrale, medicație antihipertensivă).

3. Ejaculare precoce:

- este dificil de definit, de regulă este bine să se solicite și opinia partenerei, pentru că unii oameni au expectații neraționale;
- de regulă reprezintă o tulburare primară;
- masturbarea rapidă poate fi un factor predispozant;
- frecventă la tineri la începutul vieții sexuale;
- frecventă în stări de stres;
- numai în cazul în care este persistentă este considerată simptom.

4. Ejaculare întârziată sau absentă:

- este o tulburare relativ rară, care afectează atât ejacularea cât și orgasmul;
- trebuie distinsă de tulburarea datorată unor cauze fiziologice (prostatectomie) sau medicație (tioridazin), când subiectul are orgasm, dar nu ejaculează.

Ejacularea se poate obține în timpul masturbării dar nu și cu o parteneră, numai în somn sau deloc (în acest din urmă caz se suspicionează o cauză fizică).

Când ejacularea este întârziată, stimularea sexuală trebuie să fie prelungită un timp neobișnuit de lung până ca aceasta să apară.

5. Ejaculare dureroasă și dispareunie: senzație de durere sau arsură după ejaculare, de regulă este rezultatul unei infecții (uretrită, prostatită etc.).

Dispareunia este un act sexual dureros, de regulă datorată unor cauze organice.

Scanned with OKEN Scanner

Factorii psihologici care pot contribui la disfuncţiile sexuale (după Hawton, 1989)

Factori predispozanţi:
- educaţie restrictivă: atitudinea părinţilor e distorsionată sau provoacă inhibiţia sexuală;
- relaţiile familiale perturbate, lipsa afecţiunii;
- experienţe sexuale timpurii cu caracter psihotraumatizant: viol, incest;
- lipsa educaţiei sexuale.

Factori precipitatori:
- relaţii perturbatoare cu partenerul;
- naşterea unui copil (aici, dificultăţile sexuale pot să apară şi datorită unor factori fiziologici sau datorită depresiei);
- infidelitatea;
- disfuncţii ale partenerului;
- eşecuri repetate;
- depresie;
- anxietate;
- experienţe sexuale traumatizante;
- vârsta;
- reacţia psihologică la unii factori organici.

Factori care menţin tulburarea:
- anxietatea de performanţa;
- teama de eşec (de pierdere a erecţiei);
- solicitarile partenerului;
- comunicare insuficientă între parteneri;
- culpabilitate (eventual legată de o relaţie extraconjugală);
- lipsa atracţiei faţa de partener;
- relaţii conflictuale;
- teama de intimitate emoţională;
- informaţii sexuale insuficiente despre modul cum se realizează stimularea partenerului;
- joc erotic preliminar insuficient (astfel încât partenera nu e excitată);
- depresie;
- anxietate.

Aşa cum am mai subliniat, experţii sexologi estimează faptul că mai mult de jumătate din cuplurile din Europa de vest şi Statele Unite au diverse dificultăţi

Scanned with OKEN Scanner

legate de viața sexuală, iar majoritatea acestor dificultăți au drept cauză anxietatea.

Fensternheim și Jean Baer (1977) se referă la următoarele aspecte ce pot constitui semnale de alarmă în legătură cu existența unor probleme sexuale:

- Evitarea deliberată a relațiilor sexuale. Aceasta nu se referă la faptul că o persoană poate să nu fie la un moment dat într-o dispoziție potrivită pentru a întreține relații sexuale, ci la evitarea sistematică a acestora, evitare care devine o obișnuință.

Observați-vă propriul comportament și verificați dacă nu cumva inhibați orice manifestare de afecțiune care ar putea conduce la relații sexuale.

- Evitarea relațiilor sexuale fără ca subiectul să fie conștient de acest lucru. Subiecții invocă tot felul de motive pentru a evita sexul; oboseală, indispoziție, faptul că au prea mult de lucru etc.
- Transformarea relației sexuale într-o rutină zilnică.
- Subiectul este îngrijorat în legătura cu diverse aspecte legate de viața sa sexuală: se teme că are fantezii prea bogate sau, dimpotrivă, că nu are fantezii, că are dorințe inacceptabile etc.
- Existența unei disfuncții sau a unei perversiuni sexuale.

Trebuie subliniat faptul că în Europa și America activitatea sexuală are puternice conotații emoționale și din acest motiv, fricile și anxietatea pot sa conducă la blocarea acesteia, generând insatisfacții și inhibiții.

Înainte de a trece la un program de psihoterapie care să conducă la reducerea anxietății legate de domeniul vieții sexuale, persoanele care au astfel de probleme trebuie să cunoască următoarele aspecte:

1. Deoarece activitatea sexuală este în primul rând o activitate fizică, orice disconfort fizic afectează această activitate. Din acest motiv, nu trebuie să ne grăbim să punem orice disfuncție sexuală pe seama unor factori de natură psihologică. Astfel, durerile din timpul actuiui sexual pot avea drept cauză o leziune a colului uterin, iar o tulburare de erecție poate fi consecința unei tulburări endocrine. Din acest motiv, înainte de a începe psihoterapia, este indicat un control medical de specialitate.

2. Activitatea sexuală a omului este condusă în primul rând de creier și apoi de glandeie endocrine. Aceasta înseamnă că toate experiențele anterioare, precum și toate gândurile și atitudinile prezente sau trecute influențează activitatea sexuală prezentă.

3. Noțiunea de partener neimplicat este mult exagerată. Fricile, anxietățile, afecțiunea, tandrețea, dragostea pe care cineva le manifestă interacționează cu cele ale partenerului, amplificându-se. Astfel, dacă unul din membrii cuplului are probleme, acestea îl vor afecta și pe celălalt.

4. Într-o relație de dragoste, obiectivul activității sexuale trebuie să fie o comunicare plenară atât pe plan fizic, cât și psihic care să conducă la contopirea celor doi parteneri într-o singură ființă. Se ajunge la împlinirea sexuală prin intermediul senti-

Scanned with OKEN Scanner

mentului de dragoste şi invers, la împlinirea dragostei prin intermediul sexului.

5. Aşa cum este posibil să ne eliberăm şi de alte frici, fobii şi anxietăţi, putem să ne eliberăm şi de cele al căror conţinut se referă la domeniul vieţii sexuale.

Temerile care influenţează viaţa sexuală

(Fensternheim şi Jean Baer, 1977).

Autorii sunt de părere că orice fel de teamă poate influenţa viaţa sexuală, dar că există, în principal, trei categorii mai importante care afectează acest domeniu al existenţei:

1. Temeri externe sau tangenţiale

Acestea îşi au originea în viaţa cotidiană şi în experienţele anterioare ale subiectului care nu au o legătură directă cu viaţa sexuală sau cu relaţia de cuplu. Astfel, un individ poate suferi de fobie de întuneric şi din acest motiv nu poate face dragoste decât cu lumina aprinsă, ceea ce poate să-l deranjeze pe partenerul său; o femeie tânără putea fi foarte uşor activată sexual, dar ea nu ajungea niciodată la orgasm. O anamneză amănunţită a evidenţiat faptul că pacienta suferise în copilărie de astm bronşic şi orice modificare a ritmului ei respirator o înspăimânta.

2. Temeri legate de relaţia interpersonală:

În această categorie putem include teama de respingere, de a nu fi înţeles de partener, de a fi utilizat de acesta, sau teama de a da frâu liber sentimentelor (*dacă îi arăt ce simt cu adevărat, el va profita de mine*).

Viaţa sexuală poate fi influenţată negativ şi de conflictele şi resentimentele existente în cadrul cuplului. Uneori certurile şi conflictele contribuie la îmbunătăţirea calităţii vieţii sexuale, alteori dimpotrivă, o blochează (cum pot face dragoste cu el dacă m-a supărat atât de tare?).

Prezentare de caz: Mihai şi Elvira, doi soţi în jurul vârstei de 25 de ani, s-au prezentat la cabinetul de psihoterapie pentru următoarea problemă de cuplu: ei se certau violent, după care întreţineau relaţii sexuale excelente. În situaţia în care aveau contacte sexuale într-o perioadă de linişte, totul le părea monoton şi lipsit de viaţă. Adesea, Elvira îl provoca pe Mihai în mod deliberat pentru a se ajunge la relaţiile sexuale realizate cu intensitate maximă. Totul a mers relativ bine până în momentul în care Mihai a început să-şi piardă controlul şi să-şi lovească soţia cu sălbăticie.

Anamneza a evidenţiat faptul că Mihai se temea teribil să-şi exprime sentimentele de tandreţe pentru că în copilărie, părinţii îl manipulau purtându-se drăguţ cu el şi obligându-l să facă lucruri pe care nu dorea să le facă. Ca rezultat, el a devenit neîncrezător în sentimentele de tandreţe proprii sau în ale celorlalţi. Astfel, deşi o iubea sincer pe Elvira, el îşi reprima sentimentele pozitive şi le exprima doar pe cele negative, comportându-se spontan doar atunci când era furios.

În acest caz, terapia a avut ca obiective să corecteze gândurile iraţionale ale subiectului în legătură cu exprimarea sentimentelor de tandreţe, precum şi trasarea

Scanned with OKEN Scanner

unor sarcini în sfera comportamentală, sarcini prin intermediul cărora subiectul să adreseze în mod deliberat remarci tandre soției. De îndată ce teama de exprimare a trăirilor afective pozitive a scăzut, cei doi soți nu au mai avut nevoie de conflicte pentru a avea relații sexuale normale.

Frecvent se manifesta la persoanele cu probleme și teama de a nu-și dezamăgi partenerul, teamă ce îmbracă forma unei presiuni continue pe care individul o simte din partea partenerului său. Acesta este atât de concentrat pentru a detecta diverse semne de dezamăgire pe care le-ar putea manifesta celălalt, încât nu se mai poate bucura de relația intimă.

3. Temeri specifice legate de sfera vieții sexuale

- Teama de a nu funcționa adecvat în plan sexual, sau așa-numita anxietate de performanță. În astfel de cazuri, subiectul deplasează accentul pe modul în care funcționează și nu pe plăcerea proprie și pe cea a partenerului sau pe comunicarea interpersonală. Frecvent subiecții cu astfel de probleme se tem de faptul că nu vor avea erecție, că o vor pierde pe parcurs, sau că nu vor atinge orgasmul. Acest tip de temeri conduce la alte temeri cu caracter secundar, cum ar fi de pildă:
- teama că partenerul va fi nesatisfăcut. Dacă acesta își va da seama de dificultatea subiectului, îl va prețui mai puțin, fapt ce îi determină să interpreteze orice comentariu, oricât de nevinovat, ca un semn de dispreț. În astfel de situații, bărbații, dar mai ales femeile încearcă să-și mascheze dificultățile mimând orgasmul.
- teama de a nu fi umilit în public, apare mai ales la bărbați, care sunt terorizați de ideea că ceilalți ar putea afla problema lor și ar putea să-și bată joc de ei;
- teama de dificultățile sexuale ale partenerului; subiectul cu astfel de probleme consideră că dacă partenerul suferă de vreo disfuncție sexuală înseamnă că ceva este în neregulă cu el („*dacă aș fi fost un bărbat adevărat, ea ar fi avut orgasm sau dacă aș fi fost o femeie adevărată, el nu ar fi avut probleme*"). Aceste temeri produc frustrări și comportamente de evitare, fapt ce amplifică anxietatea de inadecvare a celuilalt. Astfel, subiectul fie că aruncă întreaga vină asupra celuilalt, fie își asumă întreaga responsabilitate a eșecului, ambele comportamente fiind disfuncționale.

Prezentare de caz: Matei, un inginer în vârstă de 36 ani, a prezentat tulburări de dinamică sexuală în timpul primei căsătorii. El a urmat tratament psihoterapeutic, dupa care impotența s-a rezolvat. Datorită altor probleme legate de relațiile interpersonale, el s-a decis totuși să divorțeze. După divorț, Matei a avut relații sexuale normale. Când s-a căsătorit a doua oară, soția sa, la care ținea foarte mult, nu putea ajunge la orgasm în timpul actului sexual obișnuit, ea putând obține această stare doar prin stimulare clitoridiană. Deși soția i-a spus că nu este vina lui și că ea a funcționat totdeauna așa, afirmând că relațiile sexuale îi dau satisfacție, Matei a

început să-şi facă tot mai multe probleme până când i s-a reinstalat impotenţa.

Uneori, chiar anticiparea faptului că partenerul ar putea avea probleme alterează relaţia intimă. Astfel, o studentă a afirmat că ea şi-a pierdut interesul pentru sex pentru că a început să se teamă de faptul că prietenul ei nu va avea erecţie, o va învinovăţi pe ea şi în cele din urmă o va părăsi. Înainte de a-i veni această idee, totul între ei mergea bine. Ea nu a discutat niciodată problema în mod deschis cu băiatul, în schimb i-a transmis starea ei de nervozitate care l-a făcut, în cele din urmă, să devină impotent.

- teama că subiectul este anormal sub aspect sexual, ceea ce implică următoarele componente:
- teama că subiectul nu se încadrează într-o normă statistică, fără a ţine seama de faptul că, la fel ca şi în alte sfere ale vieţii psihice şi somatice, există mari diferenţe interindividuale; de regulă aceste probleme apar datorită unei insuficiente educaţii sexuale ştiinţifice, subiectul având informaţii fragmentare, din lecturi facile sau filme, sau din povestirile fanteziste ale unor prieteni, care îşi exagerează mult performanţele în acest domeniu.

Astfel, foarte mulţi bărbaţi tineri îşi fac probleme în legătură cu lungimea penisului.

- teama de perversiuni sexuale; unii subiecţi obţin satisfacţii de pe urma unor activităţi sexuale mai speciale, după care încep să se teamă dacă nu cumva sunt perverşi.

De regulă sexologii contemporani sunt de părere că putem considera ca fiind activităţi sexuale normale toate acele comportamente liber consimţite şi care au loc între adulţi de sexe diferite chiar dacă acestea pot să iasă din standardele general admise de publicul larg.

- teama de a nu fi inhibat în plan sexual se datorează faptului că multe persoane, mai ales în societatea occidentală, îşi aleg drept modele de comportament sexual filmele sau revistele pornografice. Aceasta înseamnă nu numai că se poate face orice între doi adulţi de sexe opuse, dar aceştia chiar se simt obligaţi să facă tot ce au văzut şi chiar să obţină satisfacţii, ceea ce nu este totdeauna valabil pentru toată lumea.

Alte temeri din domeniul vieţii sexuale. Specialiştii susţin că pot exista multe astfel de temeri cum ar fi: teama de sarcină, de pierdere a potenţei (*nu mai sunt bărbatul de altă dată*), de îmbătrânire (*el nu mă va mai dori; eu am 40 de ani şi el 42 şi oricând îşi poate găsi o femeie de 20 de ani*), teama de traumatism fizic (poate apărea mai ales la femeile care au fost agresate sexual) etc.

Toate aceste temeri conduc la obiective exagerate sau artificiale, care alterează calitatea vieţii sexuale, ca de pildă: să fii un expert în domeniul sexului, să menţii o relaţie neechilibrată (urmărind doar satisfacţia proprie sau doar pe cea a partenerului), să ai drept scop unic atingerea orgasmului sau să menţii un compor-

Scanned with OKEN Scanner

tament stereotip cu teama de a încerca și bucurii noi.

Majoritatea persoanelor care prezintă astfel de probleme uită de obiectivul autentic al vieții sexuale: o comunicare în plan fizic și psihic între doi oameni care doresc să devina o singură ființă.

Din cele arătate mai sus, rezultă că majoritatea dificultăților sexuale psihogene au la bază anxietatea.

Subiectul care dorește să se elibereze de anxietate și stări cu caracter fobic, trebuie să cunoască natura reală a temerilor sale și apoi să încerce să le modifice.

Strategii menite să optimizeze relațiile sexuale

Exploatarea și cunoașterea propriului corp

Pentru femei: Căutați să vă cunoașteți corpul. Pentru aceasta priviți-vă goală în oglindă și observați ce anume vă place și ce nu la dumneavoastră. Examinați cu atenție, tot în oglindă, zonele genitale și observați cum vă simțiți: mândră, rușinată, vinovată sau speriată?

Pentru bărbați: încercați să deveniți narcisic. Admirați-vă gol în oglindă, încordând și relaxând mușchii asemenea unui atlet. Observați ce vă place și ce nu la propria persoană. Atingeți zonele genitale și observați ce anume simțiți. Dacă atingerea unei anumite părți a corpului vă produce anxietate, căutați s-o atingeți mai mult până când anxietatea va fi înlocuită cu o senzație de plăcere.

Achiziționarea comunicării deschise în sfera vieții sexuale. Relațiile sexuale normale se bazează pe o comunicare sinceră și deschisă între cei doi parteneri, pentru că împărtășirea sentimentelor conduce la o mai bună înțelegere și la o intimitate sporită între cei doi parteneri. De asemenea, discutarea nemulțumirilor și insatisfacțiilor poate contribui la eforturile ambilor parteneri de a le soluționa.

Chiar și simplul fapt de a discuta cu privire la o problemă contribuie la reducerea anxietății în legătură cu aceasta. Programul de învățare a subiectului să comunice liber cu privire la sex implică:

a) realizarea unor lecturi pe teme de educație sexuală și discutarea acestora împreună cu partenerul;

b) trecerea de la discutarea unor probleme cu caracter general, la discutarea propriilor nevoi, dorințe și probleme din domeniul vieții sexuale.

Pentru subiecții care au dificultăți să discute despre acest gen de subiecte, Fensternheim și Jean Baer (1977) recomandă ca auxiliar, testul completării de fraze, pe care trebuie să-l realizeze ambii parteneri și apoi să discute pe marginea acestuia.

Prezentăm mai jos un model al respectivului test:

Scanned with OKEN Scanner

- În timpul actului sexual îmi place cel mai mult ...
- Partea corpului meu unde simt cea mai mare placere este ...
- Partea corpului tău care mi se pare cea mai „sexy" este ...
- Îmi place cel mai mult când eu ...
- Imaginea mea favorită legată de viața sexuală este ...
- În timpul jocului erotic preliminar doresc ...
- În timpul actului sexual propriu-zis aș dori ...
- Mă tem să-ți spun că ...
- Aș dori ca tu să ... etc.

Reducerea anxietăților legate de activitatea sexuală, care se poate realiza prin intermediul următoarelor tehnici:

a) Tehnica imaginației dirijate, menită să amplifice fanteziile cu caracter erotic.

Fanteziile erotice conduce la accentuarea excitației și satisfacției subiecților, fapt ce contribuie în mod indirect la reducerea anxietății.

Subiectului cu probleme i se cere să elaboreze o imagine sau un film mental cu conținut erotic și să constate nivelul de excitație pe care îl produce acesta. Apoi este solicitat să repete la nivel de antrenament mental (în stare de relaxare) scenariul respectiv și să caute să amplifice în mod deliberat gradul de excitație.

Fanteziile erotice pot fi simple (de pildă, retrăirea situației când subiectul a sărutat pentru prima oară o fată) sau complexe (își poate imagina că face dragoste cu un actor recunoscut).

b) Trasarea unor sarcini comportamentale simple care se referă la viața sexuală.

Subiectului i se cere să facă acele lucruri pe care înainte avea tendința să le evite, începând cu ceea ce i se pare mai ușor de realizat.

Terapeutul indică pacientului să se concentreze asupra a ceea ce face, nu asupra a ceea ce simte. Iată câteva exemple de astfel de sarcini:

- faceți dragoste la alte ore și în alte locuri decat cele obișnuite (în sufragerie, în baie, în timpul zilei etc.);
- experimentați și alte poziții în timpul actului sexual;
- creați scenarii legate de activitatea sexuală în așa fel încât să maximizați plăcerea și să reduceți anxietatea.

Astfel, pentru subiecții care se tem să experimenteze comportamente sexuale neobișnuite, se poate recomanda, de pildă, să joace rolul unui amant celebru pe care l-au văzut într-un film și să facă ceea ce ar fi făcut în situația respectiva personajul ales drept model.

c) Tehnica desensibilizării sistematice.

Terapeutul indică subiectului să elaboreze o listă ierarhică cuprinzând acele lucruri sau situații care le provoacă anxietate, începând cu cele mai puțin anxiogene.

Pacientul trebuie să-și imagineze situația respectivă (cea mai puțin anxiogenă la început) și să se relaxeze până când anxietatea dispare complet și apoi să treacă

la stimulul următor.

Iată un model de ierarhie de stimuli anxiogeni pentru un bărbat cu teama de a fi inadecvat în plan sexual (după Arnold Lazarus, 1976):

- sărut
- mângâieri, subiecții fiind îmbrăcați;
- partenerii sunt dezbrăcați;
- joc erotic (parteneri dezbrăcați) ;
- poziție specifică actului sexual;
- penetrare;
- act sexual propriu-zis;
- schimbarea poziției în timpul actului sexual.

Subliniem faptul că ierarhia respectivă trebuie să aibă un caracter individualizat, fiind specifică problemelor fiecărui pacient în parte.

Prezentare de caz: Nely și Radu s-au prezentat la cabinetul de psihoterapie pentru probleme sexuale. Nely se plângea de faptul că Radu nu este interesat de viața sexuală. Dacă ea nu-l provoca, uneori chiar agresiv, între ei nu se petrecea nimic. În cazul în care ei îi dispărea interesul în timpul actului sexual, Radu nu făcea nici un efort să continue.

Anamneza și psihodiagnosticul proiectiv au pus în evidență faptul că Radu era interesat de viața sexuală, dar în același timp terorizat de teama că ar putea fi respins. El se temea de faptul că dacă el ar avea vreo inițiativă și Nely l-ar respinge, s-ar petrece o catastrofă inimaginabilă. Această teamă de a nu fi refuzat se ascundea în spatele lipsei sale de inițiativă sexuală.

Pentru a destructura modelul comportamental de evitare al bărbatului, terapeutul a propus tehnica desensibilizării în plan comportamental, sub forma unui joc de rol. În următoarele săptămâni, Radu trebuia să-i ceară lui Nely să facă o serie de lucruri personale pentru el (să-i facă masaj, să-l sărute, să-i taie unghiile etc.), iar ea trebuia sa refuze. Soțul trebuia să se străduiască s-o convingă. În cazul în care el reușea să fie suficient de convingător, Nely trebuia să cedeze și să facă ceea ce îi cerea el. De fiecare dată când Radu reușea s-o convingă pe Nely să facă un anumit lucru pentru el, el primea 5 puncte, iar de fiecare dată când ea nu se lăsa convinsă, el pierdea 5 puncte. Obiectivul jocului era ca Radu să obțină 100 de puncte, iar când acest obiectiv era atins, cei doi soți trebuiau să plece într-o excursie la pescuit. (Radu era pescar amator). La sfârșitul primei săptămâni, Radu a obținut –15 puncte. Pentru a-l încuraja, Nely a adus acasă broșuri pe teme de pescuit și vederi din locurile cele mai frumoase unde se putea pescui. În următoarea săptămână, Radu a obținut scorul de +5 și foarte repede s-a ridicat la +50 de puncte și cei doi au cumpărat biletele de tren pentru a pleca la pescuit.

În timpul micii vacanțe, lui Radu nu i-a mai trecut prin minte ideea că Nely l-ar putea refuza și de atunci relațiile intime dintre cei doi s-au corectat.

Cu toate acestea, uneori, acele lucruri de care se teme subiectul se pot întâmpla sau s-au întâmplat deja. Astfel, acesta poate avea o disfuncție sexuală reală sau

Scanned with OKEN Scanner

poate manifesta un comportament deviant pe care nu și-l dorește.

Foarte multe din aceste tulburări sunt cauzate de teamă sau sunt menținute de aceasta.

Așa cum am mai subliniat, la bărbați, disfuncțiile cele mai frecvent întâlnite sunt impotența și ejacularea precoce, iar la femei, frigiditatea și vaginismul (în acest ultim caz, anxietatea produce o contractură a musculaturii vaginale care face actul sexual dureros sau chiar imposibil). Aceste tulburări sunt relativ ușor de rezolvat, cu condiția ca ele să reprezinte probleme sexuale primare și nu probleme generate de o proastă relație de cuplu sau de temeri care nu au legătură directă cu viața sexuală.

Comportamente sexuale deviante. Acestea reprezintă tipuri de comportamente erotice scăpate de sub control, care se manifestă sub forma unor impulsuri foarte puternice, bazate pe un nivel foarte ridicat de autoexcitație și urmate adesea de sentimente de culpabilitate și autodevalorizare.

Unele din aceste comportamente sunt inacceptabile și considerate antisociale, ele având loc între subiect și victimă și nu se desfășoară în mod liber consimțit între parteneri adulți. În această categorie se includ, printre altele, pedofilia și exhibiționismul.

Obiectivul psihoterapiei în astfel de situații este stoparea comportamentelor respective.

Celelalte comportamente sexuale deviante au loc, așa cum am subliniat mai sus, între adulți, sunt liber consimțite, problema constând în caracterul neobișnuit al actului sexual, care produce tensiune în cadrul cuplului și sentimente de culpabilitate la subiectul în cauză.

În acest caz, obiectivul psihoterapiei rezidă în ajutarea pacientului să câștige autocontrolul asupra acestor comportamente, astfel încât ele să capete un caracter voluntar și nu impulsiv, devenind o parte a activității sexuale obișnuite, fără să mai contribuie la alterarea relației din cadrul cuplului.

Adesea, anxietatea este cea care generează sau menține comportamentul deviant. Situația în care teama generează respectivul comportament sexual deviant se caracterizează, de regulă, prin prezența unor anxietăți de natură psihosocială (cum ar fi teama de critică sau teama de a fi respins) .Aceste temeri ating o amplitudine foarte mare și subiectul simte nevoia să întreprindă ceva pentru a se elibera de ele. El a învățat, probabil în mod întâmplător, că un act sexual deviant îl poate relaxa și îl declanșează automat. Aici problema care se pune este stoparea anxietății declanșatoare și aceasta va avea drept consecință și oprirea activității sexuale nedorite.

Prezentare de caz (după Fensterheim și Jean Baer, 1977): Sam a fost arestat de mai multe ori pentru că, poștaș fiind, avea obiceiul să se uite în diverse apartamente pe gaura cheii pentru a vedea femei dezbrăcate. Atunci când reușea să vadă o astfel de femeie, se excita puternic și se masturba.

Aceste episoade erau declanșate de teama de deprivare. Crescut într-o familie săracă, Sam s-a temut toată viața că nu avea suficientă mâncare, haine cores-

Scanned with OKEN Scanner

punzătoare și mai târziu că nu va avea mașină. Această teamă l-a determinat să fure de mai multe ori în adolescență. La vârsta adultă a strâns suficienți bani pentru a-și cumpăra o mașină. La vârsta de 35 de ani, căsătorit de 12 ani și tată a trei copii, Sam s-a simțit din nou deprivat, pentru că nu avea libertatea să întrețină relații extraconjugale. El era, de altfel, un soț fidel și nu-și dorea cu adevărat o relație extraconjugală, dar povestirile pe care le auzea de la alți bărbați au condus la reacutizarea sentimentului de deprivare, care a declanșat această conduită.

Terapeutul a utilizat schema anterioară de comportament a subiectului, conform căreia comportamentul de furt a dispărut spontan în momentul în care acesta și-a cumpărat mașină.

Tehnica utilizată a fost cea a desensibilizării sistematice în plan imaginativ: pacientul, în stare de relaxare a fost solicitat să-și imagineze scene în care diverși bărbați își relatau aventurile și apoi scene în care el întreținea relații sexuale extraconjugale. Terapeutul s-a bazat pe supoziția că dacă pacientul se va simți liber să aibă relații sexuale cu alte femei, sentimentul de deprivare se va stinge. În plan real, subiectul a avut o scurtă aventură, după care a decis că dorește să fie monogam și comportamentul deviant a dispărut.

Consilierea cognitiv-comportamentală în alte tipuri de crize familiale

Da Hilio (2000) este de părere că intervenția cognitiv-comportamentală în cazul familiilor aflate în criză o depășește sub aspectul problematicii pe cea care se referă la cupluri.

Acest tip de intervenție abordează familia ca sistem și pune un accent deosebit pe tehnicile de negociere și realizarea unor contracte (Gordon și Davidson, 1981; Jacobson și Margolin, 1979; Liberman, 1970; Paterson, 1982, 1985), vizând precădere familiile cu copii problematici (Sanders și Dadds, 1993).

O atenție deosebită este acordată și rolului cogniților în medierea interacțiunilor din cadrul sistemului familial, gândurile și convingerile disfuncționale fiind responsabile de apariția unor disfuncționalități în familie.

Varianta rațional-emotivă a psihoterapiei cognitiv-comportamentale de familie, propusă de Elis (1978) postulează faptul că membrii familiei își creează o lume proprie datorită modului în care interpretează ceea ce li se întâmplă.

Psihoterapia are ca obiectiv să-i ajute pe membrii familiei să conștientizeze faptul că distorsionările cognitive și convingerile iraționale stau la baza tulburărilor lor emoționale.

Modelul explicativ al terapiei rațional-emotive – ABC – explică faptul că membrii familiei pun problemele lor (consecințele C) pe seama evenimentului activator A și nu pe seama gândurilor iraționale iB cu privire la tratament.

Terapeutul îi va ajuta pe clienți să adreseze provocări pentru a infirma veridicitatea gândurilor negative iraționale care, în cele din urmă vor fi înlocuite cu

unele alternative, raționale (rB).

Terapeutul va explica familiei, privită ca un tot unitar, într-o manieră activă și directivă, faptul că sursele problemelor de natură emoțională sunt cognițiile cu caracter irațional.

O dată cu modificarea gândurilor și convingerilor disfuncționale, membrii familiei vor reuși să amelioreze calitativ interrelațiile dintre ei.

Abordarea cognitiv-comportamentală menține un echilibru între intervențiile cognitive și comportamentale, abordând în același timp familia dintr-o perspectivă sistemică, ceea ce înseamnă că emoțiile, cognițiile și comportamentele membrilor familiei se influențează reciproc. Astfel, comportamentul unui membru al familiei produce gânduri, convingeri, emoții și comportamente la ceilalți membri ai familiei, care la rândul lor generează efecte asupra primului membru al familiei. Pe măsură ce această reacție circulară continuă, dinamica familială se modifică, accentând vulnerabilitatea familiei la conflicte.

Epstein și Schlesinger (1991; 1996) prezintă patru modalități prin intermediul cărora cognițiile, emoțiile și comportamentele membrilor familiei interacționează generând un climat familial instabil:

1. Cognițiile, emoțiile și comportamentele unui membru al familiei referitoare la interacțiunile din cadrul acesteia (de exemplu, un membru al familiei care se izolează de ceilalți).
2. Acțiunile individuale ale membrilor familiei asupra persoanei în cauză.
3. Reacțiile combinate (și nu totdeauna congruente) ale mai multor membri ai familiei asupra unui individ.
4. Particularitățile interrelațiilor dintre ceilalți membri ai familiei.

Așa cum am mai subliniat terapia cognitiv-comportamentală acordă o atenție deosebită schemelor cognitive sau convingeriloe disfuncționale de bază (Beck, Rush, Shaw și Emery, 1979; DeRubeis și Beck, 1988).

În cadrul psihoterapiei de familie, intervenția terapeutică are la bază supoziția conform căreia modul în care membrii familiei interferează și se evaluează unii pe ceilalți, precum și emoțiile și comportamentele din cadrul familiei sunt determinate de aceste scheme cognitive de bază.

Din acest motiv, restructurarea cognitivă va juca un rol important în modificarea comportamentelor cu caracter disfuncțional.

Psihoterapia cognitivă așa cum a fost ea concepută de Beck (1976) pune un accent deosebit pe schemele cognitive sau convingerile negative de bază.

În conformitate cu acestea, terapeutul care lucrează cu familiile va porni de la supoziția conform căreia membrii familiei interpretează și se evaluează unul pe celălalt potrivit schemelor cognitive timpurii, marea majoritate a emoțiilor și comportamentelor reprezentând reacții la acestea.

Din acest motiv, restructurarea schemelor cognitive disfuncționale va contribui la modificarea comportamentelor dezadaptative.

Oamenii dețin propriile lor scheme cognitive care le determină atitudinea față

de sine, față de lume, față de viitor și față de viața de familie (Dattilio, 1993a). Acestea din urmă reprezintă un set integrat de convingeri rezultate în urma interacțiunilor desfășurate de-a lungul timpului între membrii familiei și se referă la familie în general, la originile acesteia sau la teoriile conform cărora se consideră că ar trebui să funcționeze familia. Schwebel și Fine (1994) descriu schemele cognitive de familie astfel:

Schemele de familie cuprind totalitatea cogniților pe care le dețin indivizii cu privire la viața de familie și familia în general, respectiv convingerile și atribuirile referitoare la evenimentele petrecute în familie, maniera în care trebuie să se desfășoare relațiile dintre soți, tipurile de probleme care pot să apară în cadrul cuplului și maniera lor de rezolvare, responsabilitățile membrilor familiei, consecințele ce derivă din neîndeplinirea acestora sau a atribuțiilor de rol, precum și costurile și beneficiile așteptate de fiecare membru al familiei. De asemenea, familiile de origine ale fiecărui partener joacă un rol important în modelarea schemei familiale actuale (Dattilio, 1993a; 1998b).

Intervenția psihoterapeutică propriu-zisă

Interviul preliminar specific terapiei de familie, menit să culeagă informații cu privire la problemele apărute în familie, la problemele fiecărui membru al familiei, la structura personalității acestora, precum și la particularitățile familiilor de origine poate dura de la patru până la șase ședințe (Dattilio și Padesky, 1990; Dattilio, 1993a, 1998a). Membrii familiei sunt intervievați separat și împreună.

În situații de criză, terapeutul trebuie să abordeze frontal gândurile disfuncționale care contribuie la menținerea și escaladarea crizei și să intervină cât mai rapid pentru stabilizarea familiei.

Strategiile utilizate vor fi de tip cognitiv și vor cuprinde în principal contracte și tehnici simple de rezolvare a problemelor imediate.

Schwebel și Fine (1994) sunt de părere că există patru supoziții care stau la baza aplicării modelului cognitiv-comportamental în cazul familiilor.

Dattilio (2000) a adaptat aceste supoziții pentru situațiile de criză familială.

1. Oamenii au tendința de a-și conserva mediul ambiant, de a-l înțelege pentru a putea funcționa cât mai eficient în cadrul acestuia. În acest scop membrii familiei culeg informații referitoare la modul în care funcționează familia și utilizează aceste informații pentru a-și adapta comportamentul și pentru a-și forma scheme cognitive referitoare la viața de familie. Astfel, ei își alcătuiesc teoria personală referitoare la modul de funcționare a familiei, teorie care joacă un rol central în organizarea evenimentelor de viață interne și externe la care sunt supuși membrii familiei.

2. Cogniților individuale ale fiecărui membru al familiei afectează în mod virtual fiecare aspect al vieții de familie.

Baucom, Epstein, Sazers și Sher (1989) disting următoarele categorii de vari-

abile care afectează interrelațiile din cadrul familiei:

- atenția selectivă (ce anume este observat);
- atribuirile (cum explică subiecții evenimentele care au loc);
- expectațiile (ce anume se așteaptă subiecții pe termen scurt, mediu sau lung);
- supozițiile (percepțiile individuale în legătură cu modul în care funcționează lumea);
- standardele (cum consideră indivizii că *trebuie* să fie lumea).

3. Există anumite obstacole care blochează modul sănătos de funcționare a familiei și rădăcinile acestora se află în teoriile personale ale membrilor familiei, mai ales în cognițiile care le alcătuiesc.

4. Membrii familiei trebuie să devină conștienți de cognițiile disfuncționale legate de familie, de modul în care acestea afectează funcționarea normală a familiei și sunt generatoare de stres.

Cognițiile disfuncționale trebuie înlocuite cu unele sănătoase cu caracter adaptativ. Aceste supoziții vor servi drept ghid pentru terapeutul care realizează o intervenție terapeutică asupra unor familii aflate în criză.

Membrii familiei vor fi ajutați în cadrul unui demers cu caracter colaborativ să identifice disfuncțiile și să realizeze procesul de restructurare cognitivă.

Strategiile utilizate în cazul familiilor aflate în situație de criză sunt următoarele (adaptate de Dattilio, 2000, după Miller, Keitner, Epstein, Bishop și Ryan, 1993):

1. Definiți problema curentă sau criza. Căutați să obțineți un anumit acord al membrilor familiei cu privire la problema apărută precum și la familie în general.

2. Mențineți o abordare directivă în intervenția psihoterapeutică și promovați în mod activ schimbarea.

3. Încercați să ajungeți la o conceptualizare cu caracter general în ceea ce privește istoria familiei și a familiilor de origine.

4. Identificați schemele cognitive care își au sursa în familiile de origine și modul în care acestea influențează schemele actuale și expectațiile membrilor familiei.

5. Identificați gândurile automate și schemele cognitive ale membrilor familiei prin intermediul dialogului socratic.

6. Testați gradul de veridicitate a gândurilor negative atomate și a convingerilor disfuncționale care stau la baza acestora.

7. Sugerați membrilor familiei anumite modificări în sfera comportamentală referitoare la interacțiunile din cadrul familiei (comportamente alternative).

8. Sprijiniți membrii familiei să încheie anumite contracte în plan comportamental pentru a dezamorsa situația de criză. Contractele trebuie să fie limitate în timp și să se restructureze de la o ședință de terapie la alta.

9. Acționați permanent în direcția restructurării schemelor cognitive și a

Scanned with OKEN Scanner

modificărilor în plan comportamental.

10. Puneți un accent deosebit pe dezvoltarea deprinderilor de comunicare și a strategiilor de rezolvare de probleme.

11. Acționați în direcția implementării strategiilor menționate mai sus pentru prevenirea și managementul crizelor viitoare.

Terapeutul își va propune inițial să reducă starea de criză și apoi să se concentreze asupra modificărilor permanente ale schemelor cognitive disfuncționale.

Studiu de caz

Dumitru și Claudia, în vârstă de 40 și respectiv 37 de ani au ajuns la cabinetul de psihoterapie pentru comportamente violente. Soții, ambii cu studii superioare, aveau o fiică în vârstă de 14 ani și un fiu de 2 ani și jumătate.

Cei doi soți au declarat faptul că nu și-au mai dorit un alt copil după nașterea Mirelei, sarcina Claudiei fiind o surpriză pentru membrii familiei. Nașterea lui Petruț le-a modificat total existența, mai ales în ceea ce privește stilul de viață și responsabilitățile.

Situația de criză s-a declanșat în următoarele condiții. Vineri spre prânz Claudia a telefonat soțului să vină mai repede acasă pentri că și-a uitat cheile și nu putea intra în locuință. Sosit acasă, Dumitru și-a găsit soția și copiii în curtea vecinilor. Mirela, fiica cea mare care avea grijă de Petruț, s-a decis să plece să se întâlnească cu o prietenă după ce tatăl s-a întors de la serviciu. Fetița a susținut că i-a spus mamei că va pleca, dar aceasta probabil nu i-a acordat atenție.

Rămas nesupravegheat, Petruț s-a îndepărtat de ceilalți și a căzut într-un canal al cărui capac rămăsese deschis. La strigătele disperate ale unui copil din vecini, toți au alergat la locul accidentului, Dumitru a coborât în canal și a salvat copilul care își pierduse cunoștința și avea un picior fracturat. Imediat soții au ajuns la camera de gardă a spitalului de urgență Floreasca.

În timp ce se aflau în sala de așteptare cei doi soți au început să se certe atât de violent încât agentul de pază a trebuit să se adreseze cabinetului de psihiatrie care a trimis psihologul să rezolve situația.

Deși Petruț s-a restabilit fără probleme și a suportat bine montarea aparatului gipsat, soții au decis să rămână noaptea la spital pentru a fi siguri că nu se întâmplă nimic cu copilul, care urma să mai stea în spital o zi pentru a fi ținut sub observație.

În această situație, terapeutul a acceptat să primească familia la interviu, la cererea acesteia.

Prezentăm în cele ce urmează un fragment din cadrul dialogului terapeutic:

Terapeutul: Înțeleg că Petruț e bine dar că voi sunteți încă șocați și supărați din cauza celor petrecute.

D (tatăl): Sunt mai mult decât supărat. Îmi vine să le strâng de gât pe astea două (arată spre soție și fiică). Era cât pe ce să-l pierdem pe Petruț!

C (mama): Să nu îndrăznești să mă acuzi! Nu voi lua asupra mea cele întâm-

plate, cel puțin nu de data asta!

D: Ei bine, ea (arată spre Mirela) este tot atât de tâmpită ca și tine! Și unde naiba ai lăsat cheile alea?

M (fiica): Tată, las-o baltă! Nimeni nu a vrut să se întâmple așa ceva. Nu facem decât să dăm vina unii pe ceilalți.

T (terapeutul): Ascultați! Înțeleg că ați fost traumatizați de cele întâmplate, dar acum este momentul să vă adunați și să faceți față situației. Dacă țipați unii la alții nu faceți decât să înrăutățiți lucrurile și nu de asta avem nevoie acum. Sunteți de acord să încetați? Lăsați-vă mânia de-o parte pentru un timp și haideți să încercăm să învățăm câte ceva din cele petrecute.

C: Sunt de acord să procedăm așa. Eu simt nevoia să vorbesc despre ceea ce simt pentru că altfel cred că voi exploda.

În timp ce Claudia vorbea, Dumitru tăcea cu o expresie sardonică. La un moment dat, Mirela a izbucnit în hohote de plâns. Mama s-a repezit s-o consoleze, iar Dumitru a afișat o expresie de mânie.

T (către Dumitru): Tată, ești foarte tăcut. Ce-ți trece prin minte acum?

D: Mă simt dezgustat de ceea ce se petrece. Asta este culmea haosului în care trăim în fiecare zi. Niciunul nu știe ce face celălalt și rezultatul este că era să ne pierdem fiul. Ce se mai poate întâmpla oare?

T: Dacă am înțeles corect, consideri incidentul actual ca un rezultat al haosului pe care îl trăiți în familie.

C: (către soț): Cum poți să spui așa ceva? Nu a fost decât un accident. Nu noi am lăsat capacul canalului deschis. Cred că te referi la altceva.

D: Nu știu, cred că este problema cu cheile... faptul că ea s-a încuiat afară. Acum două săptămâni era să dea foc la mașină pentru că nu a schimbat uleiul. E nebună și m-am săturat de toate astea!

M: Tată, parcă tu spuneai că o să ai grijă de asta. Ai țipat la mine să nu las pe nimeni să umble la mașină pentru că tu te vei ocupa de ea, așa că nu o face vinovată pe mama.

T: Se pare că în familia voastră au apărut unele probleme legate de împărțirea responsabilităților și de comunicare. Cred că ar trebui să discutăm în detaliu cu privire la schema familiei sau mai exact la convingerile voastre referitoare la împărțirea responsabilităților. (Se adresează Mirelei): Nu ai dori tu să-mi vorbești despre modul în care se împart la voi responsabilitățile?

M: De ce tocmai eu? Nu mi-e clar. Se pare că părinții îmi conferă unele responsabilități și apoi mi le iau înapoi. De obicei nu știu care sunt responsabilitățile mele și părinții nu fac decât să mă certe.

C: Soțul meu are unele probleme cu controlul. Dacă atribuie o responsabilitate cuiva și apoi i se pare că acel lucru nu este făcut așa cum crede el de cuviință, sfârșește prin a-l face singur.

D: Nu exagera.

Mama și fiica: Ba da, acesta este adevărul. După părerea ta noi nu facem

niciodată nimic bine.

T: Dacă am înțeles bine, părerea voastră (a mamei și fiicei) este că tata ține foarte mult la lucrurile să fie făcute așa cum vrea el și dacă nu se întâmplă așa, preferă să le facă singur.

C: Da, este corect. El se comportă ca un fel de dictator.

D: Nici chiar așa! Mă faceți să mă simt ca un fel de Ceaușescu.

M: Tată, uneori chiar așa te porți.

T (către tată): Sunteți surprins de faptul că familia vă percepe astfel?

D: Da și nu. Nu cred că sunt atât de rău cum spun ele, dar îmi place ca lucrurile să fie bine făcute.

T: De ce este atât de important ca lucrurile să fie bine făcute?

D: Pentru că greșelile pot să ne coste foarte mult, așa cum s-a întâmplat și astăzi. (Mama și fiica încep să plângă.)

T: În acest caz particular este adevărat, dar crezi că toate situațiile sunt la fel de importante? Cred că membrii familiei tale se referă la situații de zi cu zi în care nu le este permisă nici cea mai mică greșeală.

D: Este posibil, dar eu sunt capul familiei și este de datoria mea să veghez ca lucrurile să fie făcute cum trebuie.

T: Ai cumva vreun set de reguli din care să reiasă modul în care trebuie făcute toate lucrurile?

D: Nu, mă bazez pe experiența familiei mele de origine... procedez la fel cum proceda tatăl meu.

T: Spune-mi mai multe lucruri despre asta.

C: Doamnă doctor, o să vedeți cum povestește despre un dictator!

D (către soție): Să nu vorbești așa despre tatăl meu.

T: Să-l lăsăm pe tată să continue. Aș dori să aflăm mai multe lucruri despre familia lui de origine și despre convingerile sale cu privire la rolul pe care trebuie să-l joace în cadrul familiei. Se pare însă că mai avem o problemă legată de faptul că obișnuiți să vă întrerupeți unii pe alții. Dacă am observat, corect frământi în mâini șepcuța lui Petruț; nu ai vrea să mi-o dai puțin?

C (plânge și întinde șapca): Da, sigur.

T: Se pare că acest obiect reprezintă un simbol pentru întreaga familie... este vorba de o ființă dragă, pe care o iubiți cu toții și așteptați să se facă bine. O să dăm fiecăruia, pe rând, acest simbol al respectului atunci când are cuvântul, iar ceilalți membrii ai familiei vor înțelege că nu trebuie să-l întrerupă. În momentul în care a terminat ce avea de spus va pasa șepcuța celuilalt vorbitor. Astfel, com avea un control mai bun asupra celor ce se petrec aici. Sunteți de acord?

C: Nu știu. Este un fel de a-mi spune să mă controlez mai bine. Știți că în momentul acesta sunt foarte nervoasă.

T: Aș dori să aud ce ai de spus. dar poate ar fi mai bine să notezi pe hârtie gândurile care îți vin în minte atunci când te simți supărată.

Scanned with OKEN Scanner

C: Nu înțeleg!

T: Aveți aici câteva foi de hârtie și niște pixuri. Notați gândurile care vă trec prin minte în loc să izbucniți și să-i întrerupeți pe ceilalți. În felul acesta nu veți uita ce vreți să spuneți și veți avea și posibilitatea să vă evaluați gândurile automate negative puțin mai târziu.

Mama și fiica: O să încercăm.

Tatăl: face semn afirmativ cu capul.

T (către Dunmitru): Să ne întoarcem acum la ceea ce doreai să spui despre tatăl tău.

D: Ei bine, tata era șef acasă. El a instaurat reguli „de fier". Poate nouă ni se părea prea dur și rigid, dar privind lucrurile în urmă, a reușit să mențină familia unită. Pentru asta îl respect...

T: Să înțeleg că îți percepi în același fel rolul în cadrul familiei?

D: Bineînțeles, numai că ei nu mă ascultă. Nu înțeleg, chiar nu merit nici un pic de respect?

T: Ce gânduri îți vin în minte în legătură cu faptul că membrii familiei tale nu-ți acordă același respect pe care l-ai purtat tatălui tău?

D: Nu știu... poate că sunt ineficient. Claudia nu mă ajută deloc, nu-mi dă dreptate și copiii simt asta. Mirela mi se opune,la rândul ei.

T: Crezi că soția ta face asta în mod intenționat?

D: Da, asta cred.

T: Ar fi bine să verificăm acest lucru. Claudia, te aliezi în mod intenționat cu Mirela împotriva lui Dumitru?

C: Nu, el crede că tot ce facem sau spunem noi este împotriva lui. Cred că el merge prea departe și ne stresează pe toți, așa că suntem o familie stresată!

T: Ce îți trece prin minte atunci când soțul tău se poartă așa?

C: Simt nevoia să-mi apăr copiii de el, așa cum făcea și mama mea.

T: Tatăl tău proceda la fel cum procedează Dumitru?

C: Da, dar era mult mai rău. El ne bătea frecvent.

T: Să înțeleg că îți percepi soțul la fel cum îți percepeai tatăl și consideri că rolul tău de mamă trebuie să fie același cu al mamei tale?

C: Cred că da... este o modalitate de supraviețuire.

T: Constat că amândoi porniți de la aceeași supoziție și anume să vă protejați familia. Mai mult, fiecare dintre voi se comportă în cadrul familiei actuale așa cum a văzut că se proceda în propria familie de origine. Cred că este foarte frustrant pentru voi să vă comportați așa cum considerați că este corect și să intrați în conflict unul cu celălalt. Se pare că resimțiți o anumită violare a regulilor conform cărora trebuie să se petreacă lucrurile în familie. (Către Mirela): Cred că și pentru tine acest lucru creează confuzie, nu-i așa?

M: Da, eu nu știu cum se vor termina aceste conflicte și e foarte greu să nu știi de partea cui să fii sau pe cine să asculți.

Scanned with OKEN Scanner

T: Cum procedezi în astfel de situații?

M: Presupun că mama are dreptate pentru că țipă la mine mai puțin. Măcar se poate discuta cu ea.

D (o întrerupe): Interesant! Și sora mea spunea același lucru despre tata și era foarte apropiată de mama.

T: Scenariul tinde să se repete, numai că lucrurile nu se petrec chiar identic pentru că este vorba de altă familie și altă generație. Cred că suntem de acord cu toții că regulile existente în familiile voastre de origine și care sunt aplicate acum generează conflicte și ar trebui modificate. Adesea, membrii familiei au niște așteptări care pot fi nerealiste, manifestând tendința de a-i forța pe membrii familiei actuale să se conformeze acestora.

M: Pot să spun ceva?

T: Desigur.

M: Mă simt adesea derutată de faptul că mama îmi spune să-l ascult pe tata pentru că el este șeful, dar ea nu face asta. Mi se pare o ipocrizie din partea ei.

C: Știu bine de ce spun asta... vreau să-l potolesc, să nu facă o scenă. Vreau să fie liniște în casă.

T: Este un punct de vedere corect. Mama trebuie să facă ceva pentru a menține armonia în familie. Părinții trebuie să-și stabilească un set de reguli cu care să fie de acord și să le respecte. Pentru a realiza acest lucru ei trebuie să-și examineze nevoile, convingerile și supozițiile după care se conduc și să identifice distorsionările cognitive pe care le conțin acestea. O să realizăm acest lucru ceva mai târziu. Deocamdată aș dori să cădem de acord ca situația să se stabilizeze până când vom putea lucra în detaliu asupra gândurilor și convingerilor negative și vom reuși să le înlocuim cu unele mai realiste. Să facem un pact de neagresiune până la întâlnirea viitoare.

D: Eu sunt de acord, nu știu însă dacă și soția mea va fi și ea de acord.

C: Sunt de acord, dar sunt încă șocată de cele petrecute. Oare suntem chiar atât de răi?

T: Nu, dar unele schimbări trebuie făcute. Facem o pauză și reluăm discuțiile după-amiază.

În continuare demersul terapeutic a fost focalizat asupra identificării distorsionărilor cognitive prezente în gândurile și convingerile disfuncționale ale membrilor familiei, aceștia fiind ghidați să adopte un stil de gândire alternativ.

Prezentăm, în cele ce urmează, fragmente din cadrul dialogului terapeutic desfășurat în partea a doua a ședinței de consiliere.

T: Cred că ați mâncat ceva, ați băut o cafea și vă simțiți ceva mai bine.

Membrii familiei confirmă.

C: Copilul se simte bine și doarme acum.

T: Îmi pare bine că totul este în ordine. Dumitru, atunci când ne-am referit la respectul pe care dorești să ți-l poarte membrii familiei ai spus că ți-ai pus la

Scanned with OKEN Scanner

îndoială eficiența. Este adevărat?

D: Da. Mă întreb mereu cât sunt de eficient.

T: De ce? Ce anume te determină să crezi că ești ineficient?

D: Faptul că ei nu mă ascultă mă determină să cred că nu am nici o valoare. Sunt desconsiderat.

T: Și ce simți în acele momente?

D: Sunt furios pentru că m-am străduit atât de mult și ăsta este rezultatul.

T: Poate că soția și fiica ta simt altceva.

D: Posibil.

T: Ești sigur de asta?

D: Nu, dar presupun după modul în care se comportă.

T: Ce ar fi dacă ai verifica această supoziție culegând informații în favoarea sau împotriva ei. Ai putea să gândești diferit dacă obții informații care îți contrazic convingerea că ești desconsiderat?

F: Nu știu. Mi-e greu să cred că ele nu au o părere proastă despre mine. Am simțit de mult timp acest lucru.

T: Ai afirmat că ai simțit. De fapt nu știi sigur ce cred ele despre tine.

D: Nu.

T: Hai să verificăm convingerea ta. (Se adresează mamei și fiicei.) Puteți să-i spuneți ceva tatălui în legătură cu eficiența sau ineficiența lui în calitate de părinte.

C: Bineînțeles că este eficient, numai că strică totul prin modul în care ni se adresează. Ne face să ne simțim atât de...

T: Ineficiente?

C: Da, este ca și cum noi nu am fi în stare de nimic.

M: După părerea tatei noi nu facem nimic bine.

T: Deci nu este vorba de faptul că tata ar fi ineficient, că nu ar avea dreptate, ci de faptul că nu vă place modul în care vi se adresează.

Mama și fiica: Da.

T: Trecând peste asta, are grijă de voi, vă protejează, vă asigură existența, nu-i așa?

C: Nu m-am putut plânge de nimic în ultimii 15 ani.

T (adresându-se tatălui): Auzind toate acestea, s-a modificat ceva în maniera ta de a gândi?

D: Cred că da. Sunt surprins de cele auzite.

T: Ai pus în acțiune tipul de distorsionare cognitivă „totul sau nimic". După cum poți observa lor, nu le place tonul pe care le vorbești și nu persoana ta în totalitate. Ce părere ai?

D: Cred că este adevărat. Mi-a fost greu să accept faptul că lucrurile nu sunt făcute perfect și că apar neglijențe.

T: Vom discuta mai târziu și despre aceste aspecte. Ceea ce trebuie să faceți în continuare este să vă reanalizați gândurile și convingerile pe care le aveți unul în

legătură cu celălalt și să verificați dacă există suficiente argumente care vin în sprijinul lor. Acest lucru este foarte important pentru că de maniera în care gândim depinde modul în care ne simțim și în care acționăm.

În felul acesta vom încerca să rezolvăm unele dintre conflictele care au apărut în familia voastră. De îndată ce vom modifica stilurile disfuncționale de gândire și comportamentele care derivă din acestea, veți începe să nutriți sentimente mai bune unul față de celălalt.

În întâlnirile noastre viitoare vom aborda și alte probleme cum ar fi cele legate de putere și deținerea controlului.

În cadrul cazului expus mai sus, tatăl a constituit elementul central asupra căruia a fost focalizat demersul terapeutic, acesta reprezentând sursa principală a conflictelor apărute în situația de criză.

Terapeutul a presupus faptul că modificarea modului său de gândire ar putea avea un anumit impact asupra restului familiei. Ședințele viitoare de terapie vor fi centrate asupra restructurării cognitive a celorlalți membri ai familiei, în vederea echilibrării acesteia ca sistem.

Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie selectivă

American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM.IVR), Washington D.C., 1994

Bancroft, J.; Graham, C.; Crisis Intervention in An Introduction to the Psychotherapies; Bloch, S., Ed. Oxford University Press, third edition, 1998;

Bandler R., Using Your Brain for a Change, Steve Andreas and Conirae Andreas (eds.), Moab Utah, 1985

Bass, Ellen; Davis, Laura The Courage to Heal. A Guide for Women Survivors of Child Sexual Abuse. Third edition, Harper Perenial, 1988.

Beck, A.T; Cognitive Therapy and the Emotional Disorders, International University Press, New York, 1976.

Bernard E. (eds.), Using Rationale Emotive Therapy Effectively. A Practitioner's Guide, Plenum Press, New York, London, 1991

Bourne, E.J. The Anxiety and Phobia Workbook. The 6th Edition, New Harbinger Publication Inc; New York, London, 1991.

Brister, P. Terapia cognitivă, Bucureşti, Ed. Teora, 1997, Hoffman, N. (red.) Foundations of Cognitive Theory, New York, Plenum Press, 1984.

Brown, G.; Bifulco, A.; Harris, T.O.; Life events, vulnerability and onset of depression; British Journal of Psychiatry, 150, 30-42; 1987;

Burnard, P. Teaching interpersonal skills, Chapman and Hall, London, 1989.

Burns, D; The Feeling Good Handbook, A Plume Book, New York, 1989.

Caplan, G.; An approach to comunity mental health; Tavistock, London, 1961;

Catheline, N., Marcelli, D. (1999) De l'enfant a l'adolescent: de l'agressivite a la violence, en Le Journal des Professionnels de l'Enfance, nr. 2, Martin Media, Paris.

Chelcea, S. (sub red.) Psihosociologia cooperării şi întrajutorării umane, Bucureşti, Ed. Militară, 1990.

Coltraux, J; Blackburn, J.M; Therapies cognitives des troubles de la personalite, Masson, Paris, 1995.

Corey, G. Case Approach to Counseling and Psychotherapy, fifth edition, Brooks-Cole, Thomson Learning, 2001.

Corey, G. Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy, sixth edition, Brooks-Cole, Thomson Learning, 2001.

Cornescu, V. Productivitatea muncii şi factorul uman, Bucureşti, Ed. polit., 1977.

Corsini, R.J., Cardone, S. Role-playing in Psychotherapy, Aldine Publish Comp Chicago, Third, ed. 1975.

Scanned with OKEN Scanner

Dattilio, F.M; Freeman (Eds); Cognitive Behavior Therapy in Crisis Intervention. The Guilford Press, New York, London, 2000.

Elis, A. How Can Psychological Treatment to Be Briefer and Better?- The Rationale-Emotive Approach to Brief Therapy, Im zeig, J.K. Gilligan, S.G. (eds.) Myths, Methods and Metaphors, Bruner/Mazel Publishers, New York, 1990

Elis, A.; Grieger, R. Handbook of Rationale Therapy, Springer Corp, New York, 1997

Furniss, T. (2001) Abuzul sexual al copilului, curs susținut în cadrul Conferinței europene ISPCAN din 2001, Istambul.

Gazda, G.M. Multiple Impact Training: A Life Skills Approach in Larson D (Eds). Teaching Psychological Skills. Brooks Cole, Publishing Comp. Monterey, California.

Golu, P. Psihologia socială, București, Ed. Didactică și Pedagogică, 1974.

Graham, Hermine, L. (Eds). Cognitive - Behavioral Integrated Treatment (C-BIT). John Wiley and Sons Ltd. The Atrium Southern Gate, Chichester, West Sussex, 2004.

Grieger, R.M. Keys to Effective RET in Bernard, E. (eds). Using Rationale Emotive Therapy Effectively; a Practitioner's Guide Plenum Press, New York, London, 1991.

Haaga, D. A.; Davidson, G.C.; Cognitive change methods in Helping people change: A textbook of methods; (ed. Kafner; F.H., Goldstein, A.P.), Pergamon, New York, 1986.

Hawton K., Salkovikis P.M., Kirk J., Clark D., Cognitive Behavior Therapy For Psychiatric Problems. A Practical Guide, Oxford Univ. Pres, 1989

Holdevici Irina, Ameliorarea performanțelor individuale prin tehnici de psihoterapie, Ed. Orizonturi, București, 2001

Holdevici, Irina, Elemente de psihoterapie, Ed. III-a revizuită și adăugită, Editura All, București, 1997.

Holdevici, Irina. Autosugestie și relaxare. Editura Ceres, București, 1995.

Holdevici, Irina. Psihoterapia anxietății. Editura Dualtech, București, 2002.

Holdevici, Irina; Gândirea pozitivă – ghid practic de psihoterapie rațional emotivă și cognitiv – comportamentală; ed. Dual Tech, București, 2000;

Holdevici, Irina; Psihoterapia cazurilor dificile; Abordări cognitiv-comportamentale. Dual Tech, București, 2003.

Holdevici, Irina; Psihoterapia cognitiv-comportamentală. Managementul stresului pentru un stil de viață optim. Editura Medicală, București, 2005.

Holdevici, Irina; Psihoterapii de scurtă durată. Ed. Dual Tech, București, 2004.

Howe, D., Brandon, M.. Hinings, D., Schofield, G. (1999) Attachment Theory. Child Maltreatment and Family Support, MacMillan, London.

Iamandescu, I.B. Psihologia medicală, ed. a 2-a, Infomedica, București, 1997.

Scanned with OKEN Scanner

Inskipp, F., Johns, H. Principles of Counselling: Insight, BBC, London, 1984.
Ivey, A.E., Simek-Downing, L. Counseling and Psychotherapy: Skills, Theories and Practice. Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, New Jersey, 1980.
Killen, K. (1998) Copilul maltratat, Ed. Eurobit, Timişoara.
Kirby, A. Encyclopedia of Games for Trainers, HRD Press, 1992.
Larson, D. (eds) Teaching Psychological Skills. A Model for Giving Psychology Away. Brooks-Cole, Publishing Comp Monterey, California, 1984.
Lazarus, R. Patterns of Adjustment. McGrow Hill Book Comp. New York, San Fracisco, Washington, London, Jossey Bass, 1984.
Meggle, D., Les Therapies breves, Retz, Paris, 1990
Mitrofan, Iolanda (coord.) Orientarea experienţială în psihoterapie: dezvoltarea personală, interpersonală şi transpersonală. Ed. SPER, Bucureşti, 2000.
Mitrofan, Iolanda. Mitrofan, N. Elemente de psihologie a cuplului. Casa de editură şi presă „Şansa", Bucureşti, 1996.
Muntean, A. (1999) Intervenţia, în S. Ionescu (coord.), Copilul maltratat, ed. Extreme group, Bucureşti.
Novalis, P., Rojcewicz, S., Peele, R. Clinical Manual of Supportive Psychotherapy, American Psichiatric Press, Washington DC, London, 1993.
Nurse, G. What is counselling?, Midwife, Health Visitor and Community Nurse. 1978, 14, 10.
Oancea Constantin, Tehnici de sfătuire/consiliere, ed. VAVILA EDINF srl. Bucureşti, 2002.
Sank L.J., Schaffer S. Carolin, A therapist Manual for Behavior Therapy in Groups, Plenum Press, New York and London, 1984
Schultz J.H., Le training autogene (adapt. Par R. Durand de Bousigen), Paris, P.U.F., 1966
Small, L. The briefer psychotherapies, Brunner and Mazel, New York, 1971.
Stoica-Constantin Anca, Neculau, A. (sub. red.) Psihosociologia rezolvării conflictului, Iaşi, Ed. Polirom, 1998.
Tarrier, N; Wells, A; Haddack, G; Treating Complex Cases. The Cognitive Behavioural Therapy Approach. John Wiley and Sons, Chichester, New York, 1998.
Trower, P., Casey, A., Druiden, W., Cognitive Behavioral Counseling in Action. Sage Publications, London, 1998
Truax, C.B., Carkhuff R.R. Toward Effective Counselling and Psychotherapy: Training and Practice, Aldine, Chicago, 1967.
Waldron, G., Crisis intervention: is it effective?; British Journal of Hospital Medicine; April 1984; 283-7.
Walter, J.L., Walter, Jane. Becoming Solution Focused in Brief Therapy, Brunei-Mazel Publishers, New York, 1992.
Wollberg, L.R., Handbook of Short-term Psychotherapy, Thieme-Stratton, New York, 1980.

Scanned with OKEN Scanner